

# Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep

Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ

18 mei 2015

# Hoofdbehandelaarschap GGZ als Noodgreep

Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ

18 mei 2015

# Inhoud



# Bijlagen

“*Wat ik het allerbelangrijkste vind is dat er een goede klik is met de hoofdbehandelaar. Ik mag toch veronderstellen en verwachten dat beroepsbeoefenaren die in de GGZ werken, alle competent zijn en in een multidisciplinair team werken, waar alle kennis is die nodig is voor een goede behandeling. Een hoofdbehandelaar hoeft niet alles zelf te kunnen; hij moet weten hoe lang zijn polsstok is, welke expertise waar vandaan gehaald kan worden en deze inroepen als dat nodig is en bewaken dat alles goed gaat*”.

*Een GGZ-cliënt*

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding tot dit advies

In het voorjaar van 2012 is het onderwerp ‘Hoofdbehandelaarschap in de GGZ’ prominent op de (politieke) agenda gekomen. Directe aanleiding was de affaire rond Europsyche, een netwerkorganisatie die via een makelaarsfunctie cliënten[1] met uiteenlopende psychische hulpvragen verbond met over het land verspreide hulpverleners(praktijken). Europsyche opende voor de cliënten die zorg ontvingen van de bij haar aangesloten hulpverleners een DBC onder verantwoordelijkheid van een aan Europsyche verbonden psychiater. Verschillende verzekeraars schortten de uitbetalingen aan Europsyche op, nadat hen uit dossieronderzoek was gebleken dat een groot deel van de declaraties onterecht was, omdat in strijd met de polisvoorwaarden was gehandeld. De betreffende polisvoorwaarden eisten dat een psychiater of zenuwarts hoofdbehandelaar zou zijn. In het kort geding dat Europsyche hierop tegen één van de zorgverzekeraars aanspande, heeft de rechtbank de verzekeraar op alle punten in het gelijk gesteld. Dit leidde in juni 2012 tot het faillissement van Europsyche.

De minister van VWS vroeg naar aanleiding van de aanhoudende berichten dat Europsyche onterecht declaraties ten laste van de basisverzekering bracht in februari 2012 de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een onderzoek in te stellen. Het onderzoek van de NZa legde een aantal onvolkomenheden in het systeem bloot en gaf aanbevelingen voor aanscherping van de (bekostigings)regelgeving. De IGZ, die de zaak vanuit de invalshoek kwaliteit en veiligheid van zorg onderzocht, constateerde lacunes in de regelgeving omtrent het hoofdbehandelaarschap en adviseerde de minister begin juni 2012 om te komen tot een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap.

In dezelfde periode sloot de minister van VWS met partijen in ‘het veld’ een bestuurlijk akkoord over de toekomst van de GGZ, waarin de betrokken partijen (onder meer) hebben afgesproken om criteria vast te stellen waaronder taakherschikking en taakdelegatie kunnen plaatsvinden en wat de rol van de hoofdbehandelaar is. Het streven daarbij moest zijn dat de zorg steeds geboden zou worden door de hulpverlener die daartoe het best geëquipeerd is en die de zorg het meest doelmatig kan bieden.

De IGZ stelde hiertoe een consultatiedocument op, dat na verwerking van reacties van de veldpartijen in april 2013 uitmondde in een conceptadvies. Hierin adviseerde de inspectie de minister om geen hoofdbehandelaar aan te wijzen in de (toen nog vigerende) tweedelijns GGZ, maar in de gespecialiseerde GGZ*,* zoals beschreven in het Bestuurlijk Akkoord. Verder adviseerde de inspectie de minister om zowel een besluit te nemen over de kwalificatie als over de invulling van het hoofdbehandelaarschap.

Wat de <u>kwalificatie</u> betreft adviseerde de IGZ de psychiater en klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar in de gespecialiseerde GGZ te benoemen, omdat deze twee professionals volgens de IGZ de brede biopsychosociale kennis en inzicht bezitten, die nodig is om de complexe psychische en/of psychosomatische problematiek van de doelgroep van de gespecialiseerde GGZ te kunnen overzien. Wat de <u>invulling</u> betreft adviseerde de inspectie negen criteria vast te stellen die voor een adequate invulling van het hoofdbehandelaarschap essentieel zijn.

Voor de kwalificatie van het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ zou volgens de IGZ een bredere groep professionals in aanmerking komen, waaronder psychotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, klinisch neuropsychologen, verpleegkundig specialisten en uiteraard de klinisch psycholoog en de psychiater. Voor deze professionals golden wat de invulling van het hoofdbehandelaarschap betreft dezelfde inhoudelijke criteria.

Het conceptadvies van de IGZ oogstte forse kritiek van de veldpartijen; zij konden zich niet vinden in het voorstel om het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ voor te behouden aan de psychiater en klinisch psycholoog. Om die reden is aan de veldpartijen gevraagd met een (tegen)voorstel te komen. Op 28 juni 2013 heeft GGZ Nederland namens de partijen verenigd in het bestuurlijk akkoord, een voorstel voor een (tijdelijke) veldnorm aan minister Schippers aangeboden.

[1] Onder cliënt(en) kan ook worden verstaan: patiënt(en)

Dit voorstel bevatte een aanzienlijk uitgebreidere lijst van beroepsbeoefenaren die voor het hoofdbehandelaarschap in aanmerking zouden moeten kunnen komen.

Begin juli 2013 schreef de minister van VWS een brief aan de Tweede Kamer over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ, waarin zij aangaf het vanuit oogpunt van kwaliteit en controleerbaarheid van belang te achten dat er per 1 januari 2014 duidelijkheid zou komen over de definitie van het hoofdbehandelaarschap. De minister gaf aan de opvatting van partijen te delen, dat op dat moment niet exact voorzien kon worden hoe de beoogde verschuivingen in de GGZ zouden uitpakken en stelde daarom een tussenstap voor: zij wees uiteindelijk elf beroepen aan die in de jaren 2014 en 2015 zowel in de generalistische basis GGZ als in de gespecialiseerde GGZ hoofdbehandelaar kunnen zijn. Daarmee gaf ze de sector de gelegenheid om in die jaren een onderbouwde norm voor het hoofdbehandelaarschap te ontwikkelen.

In de verlenging van het bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 spraken de betrokken partijen de intentie uit te komen tot een veldnorm voor het hoofdbehandelaarschap. In november 2013 namen zij het besluit om een onafhankelijke commissie in te stellen, met iets meer afstand tot de dagelijkse GGZ praktijk, die de opdracht kreeg om een advies voor een veldnorm op te stellen.

Medio juni 2014 is de commissie Hoofdbehandelaarschap in de GGZ ingesteld. Zij is als volgt samengesteld:

- Mevrouw Prof. Dr. P.L. Meurs, voorzitter;
- Prof. Dr. J. Legemaate, lid;
- Prof. Dr. W.A.B. Stalman, lid.

De commissie is bijgestaan door een secretaris, mevrouw Mr. M.W. de Lint, en een projectondersteuner, mevrouw M.L. Manders, MSc.

## 1.2 De opdracht

De opdracht aan de commissie luidt als volgt:

1. Formuleer een toetsbare norm voor de inhoud van het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. De norm moet zijn getoetst op zorginhoudelijke, juridische en organisatorisch/financiële aspecten. De veldnorm beschrijft in ieder geval: De specifieke verantwoordelijkheden en concrete taken van de hoofdbehandelaar, waar relevant gedifferentieerd naar:
    a. de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ,
    b. Verschillende fasen van het behandeltraject dat de patiënt doorloopt.
2. Formuleer een norm voor de invulling van het hoofdbehandelaarschap
   Formuleer een norm ten aanzien van welke beroepsgroepen/professionele disciplines, het hoofdbehandelaarschap kunnen vervullen. Waar relevant is deze norm gedifferentieerd naar:
    a. De generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ,
    b. Verschillende fasen van het behandeltraject dat de patiënt doorloopt.
3. Motiveer en beargumenteer hoe de norm voor inhoud en de norm voor invulling van het hoofdbehandelaarschap tot stand zijn gekomen en welke overwegingen en criteria hieraan ten grondslag hebben gelegen. Maak inzichtelijk dat de norm toetsbaar is en door de IGZ handhaafbaar.
4. Stel vast wat nodig is om de (concept) veldnorm te implementeren
    a. Formuleer vragen voor onderzoek om de huidige situatie te analyseren op aspecten van de norm voor hoofdbehandelaarschap
    b. Geef een inschatting van de discrepantie tussen de huidige situatie en de wenselijke situatie volgens de norm en inzicht in de gevolgen bij invoering van de norm (impactanalyse)

De commissie heeft de opdracht aanvaard. Het thans voorliggende advies is de uitwerking daarvan.

## 1.3 Probleemstelling: de vraag achter de vraag

De commissie constateert dat de discussie over het hoofdbehandelaarschap in de GGZ vooral gevoerd wordt vanuit het perspectief (en belang) van de zorgverzekeraar en van de zorgverlener, niet of nauwelijks vanuit dat van de zorgvrager. Dit komt door de centrale plaats die het hoofdbehandelaarschap inneemt in de bekostigingsregels: alleen een hoofdbehandelaar is gerechtigd een DBC te openen en te sluiten en dus te declareren.

Voor het declareren van DBC’s gelden voorwaarden die de NZa stelt. Deze voorwaarden zijn opgenomen in de Regeling Declaratiebepalingen DBC’s in de curatieve GGZ en het bijbehorende document ‘Spelregels DBC GGZ’. De NZa concludeerde in zijn rapportage over de zaak Europsyche dat de regelgeving teveel ruimte laat om onjuiste declaraties in te dienen en vergoed te krijgen, met name omdat er geen beperkingen zijn voor de toelating van instellingen en omdat de regels voor wie diagnoses mag stellen (i.c. de hoofdbehandelaar) niet scherp zijn.

Hierop is de betreffende regeling per 2013 aangepast (Regeling NR/CU-524). Deze regeling schrijft in algemene termen voor wie hoofdbehandelaar mag zijn. In deze regeling wordt namelijk onder hoofdbehandelaar verstaan: ‘de zorgverlener, …. die, in reactie op de zorgvraag van een cliënt, bij die cliënt de diagnose stelt en onder wiens verantwoordelijkheid het DBC-traject van die cliënt wordt doorlopen. Uitsluitend zorgverleners met een beroep dat is opgenomen in het BIG-register en die bevoegd en bekwaam zijn om cliënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR kunnen als hoofdbehandelaar worden aangemerkt’ (art. 3 onder g). De begrippenlijst van DBC-onderhoud verduidelijkt het begrip als volgt: hoofdbehandelaar zijn die professionals die (binnen de kaders van de wet BIG) in de instelling of praktijk als bevoegd en bekwaam gezien worden om een diagnose te stellen conform DSM IV, een behandelplan voor de patiënt uitzetten en binnen de instelling/praktijk eindverantwoordelijk zijn voor het geleverde zorgprofiel van een patiënt. De hoofdbehandelaar kan een DBC typeren en na het afronden van het zorgprofiel (na controle van gegevens) weer sluiten. Daarnaast registreert de hoofdbehandelaar, net als elke andere behandelaar, de activiteiten en verrichtingen die in het kader van de zorgvraag van getypeerde patiënten worden verricht’.

Met ingang van 2014 is de NZa-regeling gesplitst in een regeling voor de generalistische basis-GGZ (NR/CU-726) en een regeling voor de gespecialiseerde GGZ (NR/CU-556) en – in lijn met het besluit van de minister van VWS – aangescherpt: In deze regelingen staan de beroepen die in aanmerking komen voor het hoofdbehandelaarschap expliciet genoemd. Sindsdien komt een gelimiteerde set van elf beroepen voor het hoofdbehandelaarschap in aanmerking, waarvan twee beroepen uitsluitend voor dyslexiezorg en generalistische basis-GGZ.

Verzekeraars hebben daarnaast de ruimte om in de individuele overeenkomsten die zij met aanbieders sluiten nadere afspraken te maken over wie er hoofdbehandelaar mag zijn, voor zover deze afspraken passen binnen de publieke regels ter zake. Zorgverzekeraars erkennen thans in beperkte mate andere beroepsbeoefenaren dan de psychiater en de klinisch psycholoog als hoofdbehandelaar, terwijl zij daarenboven in hun inkoopcriteria veelal nadere voorwaarden aan het hoofdbehandelaarschap stellen. Indien niet aan deze contractuele voorwaarden wordt voldaan, behoeven de declaraties van aanbieders niet te worden vergoed.

Hiermee lijkt de discussie over het hoofdbehandelaarschap te zijn geïnitieerd door de casus Europsyche. De oorzaak van het probleem ligt naar het oordeel van de Commissie echter verder terug in de tijd en wel in 2008, toen de geneeskundige GGZ is overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Deze overheveling bracht een ander regime met zich mee, met grote veranderingen voor de GGZ-sector:

- Zorgverzekeraars moeten concurreren om de gunst van verzekerden; zij willen kwalitatief goede en doelmatige zorg inkopen en moeten dus selectief kunnen inkopen;
- Het vervallen van de contracteerplicht opent deuren voor nieuwe toetreders, van welke mogelijkheid ruim gebruik gemaakt is;
- Bekostiging, die tevoren plaatsvond op basis van budgetten, vindt nu plaats op basis van DBC’s, die een productieprikkel geven.

Deze regimeverandering leidde in relatief korte tijd tot sterk oplopende kosten in de GGZ. In dit tijdsgewricht speelde de zaak Europsyche, die de discussie in een stroomversnelling bracht, met een negatieve connotatie van fraude en misbruik.

Vanuit het overheidsbeleid is de oplossing voor het gestelde probleem vervolgens gezocht in twee richtingen:

- Stepped care benadering: de grondgedachte is dat vaak onnodig zware en daardoor te dure zorg wordt verleend. Door een echelon tussen eerste en tweedelijns GGZ te plaatsen, kan gepaste zorg worden geleverd. Hiertoe wordt met ingang van 1 januari 2014 onderscheid gemaakt in generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ. Een deel van de tweedelijns zorg wordt overgeheveld naar de generalistische basis GGZ en een deel van de eerstelijnszorg wordt overgeheveld naar de huisarts, al dan niet ondersteund door een POH GGZ functionaris. De huisarts vervult de poortwachtersfunctie naar zowel de generalistische basis GGZ als de gespecialiseerde GGZ.
- Hoofdbehandelaarschap: door een restrictieve invulling te geven aan het hoofdbehandelaarschap hopen zorgverzekeraars misbruik te voorkomen en een waarborg voor kwaliteit in handen te hebben.

De commissie is evenwel van oordeel dat hiermee geen passend antwoord wordt gegeven op het onderliggende probleem, dat in de kern gelegen is in een gebrekkig inzicht in de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij zijn vragen aan de orde als: hoe lang duurt een optimale behandeling? Wat is de effectiviteit van behandelingen? Worden richtlijnen gevolgd? Zolang dit inzicht ontbreekt, is onzeker of met de stepped care benadering de kwaliteit van zorg gediend is dan wel louter kostenbesparing in de hand gewerkt wordt en hebben zorgverzekeraars geen aanknopingspunten om selectief zorg in te kopen. Bij gebrek aan beter nemen zorgverzekeraars hun toevlucht tot een in hun ogen werkbaar criterium: een limitatieve opsomming van beroepsbeoefenaren die hoofdbehandelaar mogen zijn. Daarmee is het hoofdbehandelaarschap verworden tot een noodgreep om grip te krijgen op vooral de kostenontwikkeling in de GGZ.

## 1.4 Aanpak en leeswijzer

De commissie constateert dat de discussie over het hoofdbehandelaarschap vervuild is geraakt door de financiële belangen van de betrokken partijen. De bredere context waarin de discussie over het hoofdbehandelaarschap volgens de commissie moet worden geplaatst, brengt met zich mee dat het probleem groter is dan uit de opdracht blijkt. Dit gegeven heeft consequenties voor de aanpak: de commissie zal niet volstaan met het opstellen van een veldnorm, maar buigt zich fundamenteler over de vraag wat het hoofdbehandelaarschap behelst en onderzoekt vervolgens of (de invulling van) het hoofdbehandelaarschap een oplossing biedt voor het onderliggende probleem (de vraag achter de vraag).

Hiertoe brengt zij eerst in hoofdstuk 2 de ontstaansgeschiedenis van het begrip hoofdbehandelaar in kaart: waar komt het begrip vandaan en hoe heeft het zich ontwikkeld? Vervolgens bespreekt zij in hoofdstuk 3 wat cliënten en hun naasten of wettelijke vertegenwoordigers verwachten van behandeling in de GGZ en hoe zij de rol van de hoofdbehandelaar daarin zien. In hoofdstuk 4 bekijkt zij hoe het hoofdbehandelaarschap zich in de GGZ ontwikkeld heeft en welke effecten dit heeft op de praktijk. Dit leidt tot een conclusie over de vraag of c.q. in hoeverre het hoofdbehandelaarschap geschikt en toereikend is om het werkelijke probleem op te lossen.

In hoofdstuk 5 reikt de commissie een alternatief aan. Hoofdstuk 6 bevat de consequenties die uit haar alternatieve benadering voortvloeien en schetst de (aanvullende) voorwaarden, waaraan voldaan moet zijn om deze aanpak te laten slagen. In hoofdstuk 7 tenslotte, formuleert de commissie haar advies.

## 1.5 Werkwijze en verantwoording

De commissie heeft bij haar onderzoek de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- De overheveling van de geneeskundige GGZ[2] vanuit de AWBZ naar de Zvw is voor de commissie een gegeven en staat in dit advies als zodanig niet ter discussie.
- Vertrekpunt is de zorgvraag en de kwaliteit en veiligheid van de zorg: wat vinden cliënten die aangewezen zijn op GGZ belangrijk en wat is vanuit kwaliteitsoogpunt verantwoord? De commissie stelt derhalve de inhoud voorop en beoordeelt de consequenties op het gebied van de bekostiging(sregels) als een afgeleide daarvan.
- Het focus van de commissie is primair gericht op de gespecialiseerde GGZ (hierna: sGGZ), omdat de discussie c.q. onenigheid over de invulling van het hoofdbehandelaarschap zich vooral op dit segment toespitst. Vanuit dit focus onderzoekt de commissie vervolgens of haar advies tevens toepasbaar is op de generalistische basis GGZ (hierna: gGGZ) en op andere settings waarin geestelijke gezondheidszorg geboden wordt.

De commissie heeft achtereenvolgens de volgende activiteiten ondernomen:

a) inventarisatie en analyse van voorliggende documenten en aanvullend literatuuronderzoek; zie bijlage 1
b) consultaties deskundigen en belanghebbenden; zie bijlage 2
c) presentatie en bespreking concept redeneerlijn advies in het directeurenoverleg van de opdrachtgevers
d) bespreking conceptadvies tijdens een hoorzitting met alle geconsulteerden
e) presentatie en bespreking conceptadvies met opdrachtgevende partijen
f) verwerking reacties op het conceptadvies en vervolgens het vaststellen van het advies.

Het advies is op 18 mei 2015 aangeboden aan de gezamenlijke opdrachtgevers en is op dezelfde datum openbaar gemaakt.

[2] Zie paragraaf 4.2

# 2. Hoofdbehandelaarschap

## 2.1 Inleiding

Voordat we ingaan op het hoofdbehandelaarschap in de GGZ onderzoeken we eerst hoe het begrip in algemene zin is ontstaan, welke betekenis eraan is toegekend en hoe het zich ontwikkeld heeft. We baseren ons hiertoe zowel op de praktijk, als op de normstellende kaders zoals die ontwikkeld zijn in wet- en regelgeving, de tuchtrechtspraak en beroepsnormen.

Hieruit destilleren we de essentie van het hoofdbehandelaarschap en zetten we onze analyse af tegen de opvattingen van de IGZ en van de zorgverzekeraars.

## 2.2 Waar komt het begrip ‘hoofdbehandelaar’ vandaan?

Het begrip hoofdbehandelaar is ontstaan vanuit zorginhoudelijk perspectief binnen de curatieve en dan met name de medisch somatische zorg. Van oudsher zijn naast de arts andere beroepsbeoefenaren betrokken in het zorgproces van patiënten. Zij functioneerden volgens de verlengde-arm-constructie, waarbij handelingen door niet-artsen werden gezien als uitgevoerd door ‘de verlengde arm’ van de arts. De arts was verantwoordelijk voor handelingen uitgevoerd door ‘hulppersonen’. Dit vloeide voort uit de Wet Uitoefening Geneeskunst (WUG), die een absoluut verbod kende op onbevoegde uitoefening van de geneeskunde.

Behalve hulppersonen kwam het vanaf de jaren zeventig ook steeds vaker voor dat meerdere specialisten betrokken waren bij de behandeling van één en dezelfde patiënt, vooral door het toenemende aantal subspecialismen. Vanaf dat moment raakte het begrip hoofdbehandelaar in zwang. Aangezien het in dit geval meerdere specialisten betrof die in beginsel gelijkwaardig waren of als zodanig werden gezien, was niet meer of niet meteen duidelijk welke van deze gelijkwaardige specialisten de (eind)verantwoordelijkheid had voor het totale zorgproces van de patiënt. Er ontstond behoefte aan een ‘primus inter pares’. Met de term hoofdbehandelaar werd aangeduid welke specialist de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid droeg; dat was doorgaans de specialist met de meeste relevante inhoudelijke kennis en kunde. Andere betrokken specialisten werden aangeduid als medebehandelaar, waarmee bedoeld werd dat deze uitsluitend verantwoordelijk waren voor hun specifieke aandeel in het totale proces. Voor het inroepen van een eenmalig ad hoc oordeel van een specialist door de hoofdbehandelaar werd de term intercollegiaal consult gebruikt. Uiteraard hadden deze aanduidingen ook een financiële pendant in de vorm van aparte tariefstellingen voor hoofd- en medebehandelaar en intercollegiaal consult.

## 2.3 Ontwikkeling: van inhoudelijk naar meer procedureel hoofdbehandelaarschap

Sinds de opkomst van het begrip hoofdbehandelaar heeft de ontwikkeling van (sub)specialisatie zich onder invloed van voortschrijdende kennisontwikkeling doorgezet. Daarnaast bleken zorgprocessen steeds beter te protocolleren dank zij de toegenomen kennis over het beloop en de behandeling van ziekten. Dit maakte het mogelijk dat nieuwe beroepen hun intrede deden, die zelfstandig delen van de behandeling kunnen uitvoeren en die dat bovendien niet binnen de muren van één en dezelfde instelling hoeven te doen. Een belangrijk moment in dit verband was de invoering van de wet BIG in 1997, waarmee het absolute verbod op onbevoegde uitoefening van de geneeskunde is komen te vervallen. Met de wet BIG hebben allerlei typen zorgverleners een eigen verantwoordelijkheid gekregen in de zorgverlening op basis van welomschreven opleidingseisen en deskundigheidsgebieden. Hierdoor nam de betekenis van de ‘verlengde arm’-constructie af. Tenslotte is er de afgelopen decennia een toename van het aantal patiënten waarbij sprake is van co- of multimorbiditeit, waardoor een keur aan verschillende typen zorgverleners betrokken is bij de behandeling van een patiënt en niet meer op voorhand duidelijk is welke hulpverlener inhoudelijk het voortouw heeft.

Door deze ontwikkelingen neemt het belang van multidisciplinair handelen en derhalve van samenwerking toe; dit vergt steeds meer afstemming en coördinatie. Het vraagt bovendien om een

eenduidig aanspreekpunt voor de patiënt en zijn naaste betrekkingen, temeer daar de emancipatie van patiënten als zodanig steeds hogere eisen stelt aan de communicatie tussen zorgverlener en patiënt.
Al deze ontwikkelingen tezamen hebben ertoe geleid dat gaandeweg nieuwe functionaliteiten of taken aan het hoofdbehandelaarschap zijn toegevoegd. De Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van de KNMG et al. (2010) kan als het resultaat van die ontwikkelingen worden gezien en stelt het als volgt: wanneer meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan de cliënt, moet voor de cliënt te allen tijde duidelijk zijn wie van de betrokken zorgverleners:

- het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
- belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).

## 2.4 Essentie van het hoofdbehandelaarschap

De vraag is nu: wegen deze taken alle even zwaar? En moeten deze door één en dezelfde persoon worden uitgevoerd? In het conceptadvies van de IGZ lijkt er van te worden uitgegaan dat de essentie van het hoofdbehandelaarschap is gelegen in de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid. Zo lezen wij:

“Hierbij merkt de inspectie op dat de *inhoud* duidelijk van het *proces* moet worden onderscheiden. Het hoofdbehandelaarschap heeft betrekking op de verantwoordelijkheid van een behandelaar ten aanzien van de *inhoud* van het zorgproces van een specifieke patiënt. Hij of zij is op de inhoud aanspreekbaar. Dit laat onverlet dat de coördinatie/uitvoering van een groot aantal (behandel)taken – het proces - door een andere professional (verpleegkundig specialist, GZ-psycholoog, psychotherapeut e.a.) zal gebeuren. De hoofdbehandelaar moet zijn/haar verantwoordelijkheid nemen voor de overkoepelende zorginhoud, zonder dat deze het gehele zorgproces moet overnemen of uitvoeren.”

Waar vinden we verdere aanknopingspunten om deze vragen te beantwoorden? Omdat het hoofdbehandelaarschap als zodanig niet bij wet is gedefinieerd richten we ons op het standpunt van de overkoepelende beroepsorganisatie en op de tuchtrechtspraak.

*Standpunt KNMG*

In de toelichting op de reeds genoemde Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg stelt de KNMG dat het de voorkeur heeft de onderscheiden taken toe te delen aan één en dezelfde persoon, maar dat dit in de hedendaagse gezondheidszorg lang niet altijd mogelijk zal zijn. In veel gevallen zullen deze taken over meerdere zorgverleners (moeten) worden verdeeld, en kan het ook zo zijn dat de personen die deze taken op zich nemen per fase van de zorg of de behandeling wisselen. Voor alle betrokkenen, waaronder de cliënt, moet dan wel steeds helder zijn wie welke rol op zich neemt.

In deze Handreiking spreekt de KNMG zich niet uit over het gewicht van elk van de drie taken; wel dat ze alle drie moeten worden belegd.

*Tuchtrechtspraak*

In de tuchtrechtspraak zien wij een geleidelijke, maar onmiskenbare overgang van een primair inhoudelijk georiënteerd hoofdbehandelaarschap naar een primair op regie en coördinatie gericht hoofdbehandelaarschap.

- Een eerste duidelijke aanwijzing hiervoor is te vinden in de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) van 1 april 2008 (TvGR 2008/32). Het CTG oordeelde dat de hoofdbehandelaar *naast de zorg die hij als specialist ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, is belast met de regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject*.

Voorts merkt het tuchtcollege op dat de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar voor de uitvoering van zijn regiefunctie haar grens hierin vindt dat hij niet de verantwoordelijkheid draagt voor de door andere specialisten tijdens het behandelingstraject uitgevoerde verrichtingen die zijn gelegen buiten het terrein waarop de hoofdbehandelaar als specialist werkzaam is. Voor die verrichtingen zijn en blijven die andere specialisten zelf ten volle verantwoordelijk.

- Een volgende onmiskenbare aanwijzing geeft het CTG in de zaak van 6 januari 2011 rond een cardiothoracaal chirurg, waarin onder meer ter discussie stond of de anesthesiologische voorbereiding optimaal was geweest (TvGR 2011/3). Het CTG overwoog dat dit weliswaar de verantwoordelijkheid was van de anesthesioloog, maar oordeelde dat dit niet wegneemt dat de cardiothoracaal chirurg een verwijt kan worden gemaakt, aangezien de algehele verantwoordelijkheid voor de operatie bij de operateur ligt.

  De beslissing leidde tot veel kritiek en bracht de voorzitter van het CTG ertoe om in een openbare brief expliciet te stellen dat *een operateur tijdens een operatie niet verantwoordelijk is voor de anesthesie. Een operateur kan die verantwoordelijkheid niet dragen omdat hij de kennis en de kunde van een anesthesioloog niet bezit*, aldus het CTG. De hoofdbehandelaar heeft de verantwoordelijkheid voor de regie over de behandeling door alle zorgverleners van het behandeltraject. Maar, zo besluit de voorzitter van het CTG, *verantwoordelijkheid dragen voor de regie is niet hetzelfde als het dragen van een algehele verantwoordelijkheid* (TvGR 2012, p, 48-49).

- Ook in twee uitspraken van 17 april 2012 vinden we een aanwijzing. In deze zaak was een SPV hoofdbehandelaar en was er daarnaast een psychiater die zichzelf ‘eindverantwoordelijk’ noemde. Tegen beiden werd een tuchtklacht ingediend (TvGR 2012/25 en 2012/26). Het CTG overweegt als volgt: “Wat de precieze inhoud is van het takenpakket van de eindverantwoordelijke psychiater, althans wat ‘eindverantwoordelijkheid’ inhoudt, is het Centraal Tuchtcollege niet duidelijk geworden. De hoofdbehandelaar heeft in dit verband verklaard dat de psychiater “de spin in het web” was. Naar het het Centraal Tuchtcollege voorkomt, *zou de hoofdbehandelaar evenwel de spin in het web moeten zijn*.” In deze zaak verweet de tuchtrechter de hoofdbehandelaar (de SPV) dat deze onvoldoende regie had gevoerd. De psychiater werd tuchtrechtelijk verantwoordelijk gehouden voor (onder meer) onduidelijkheden in de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de hoofdbehandelaar en de psychiater. In dat verband merkte het CTG nog op: “Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband dienen duidelijke afspraken te maken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt”.

- Recentelijk nog heeft het CTG in de uitspraak van 11 december 2014 waarin een SPV hoofdbehandelaar was, herbevestigd dat de hoofdbehandelaar naast de zorg die hij als specialist ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekkingen (red: betrokkenen) heeft te betrachten, is belast met de regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject (GJ 2015/6). En voorts, dat de regie in algemene zin inhoudt dat de hoofdbehandelaar:

  1. ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken op elkaar zijn afgestemd en gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;
  2. voor de patiënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt.

Uit deze zaak komt ook naar voren dat het hoofdbehandelaarschap en de bevoegdheid tot het stellen van een diagnose in de visie van het CTG niet per definitie bij één en dezelfde persoon dienen te liggen.

## 2.5 Deelconclusies

Het begrip hoofdbehandelaar werd aanvankelijk gebruikt om de zorgverlener aan te duiden, die de inhoudelijke verantwoordelijkheid had over het totale zorgproces van een patiënt. Op deze lijn zijn de IGZ en de zorgverzekeraars doorgegaan. Zij hebben zich daarbij onvoldoende rekenschap gegeven van het feit dat het verlenen van zorg, als gevolg van verschillende ontwikkelingen, steeds minder een individuele en steeds meer een collectieve aangelegenheid is geworden, waarbij steeds vaker een multidisciplinaire benadering vereist is. Dit heeft onmiskenbaar een overgang tot gevolg gehad van een primair op de inhoud naar een primair op regie en coördinatie gericht hoofdbehandelaarschap.

Deze conclusie is gestoeld op de ontwikkelingen in de zorg en in de tuchtrechtspraak: voor de tuchtrechter is de hoofdbehandelaar inmiddels eerst en vooral een regisseur c.q. coördinator. Het CTG onderkent expliciet dat een hoofdbehandelaar niet (meer) het gehele zorgproces van een patiënt kan overzien c.q. beheersen en dat hij, wat de inhoudelijke verantwoordelijkheid betreft, wordt begrensd door zijn eigen deskundigheidsgebied. De conclusie die daaraan verbonden moet worden is dat er niet (meer) zoiets bestaat als inhoudelijke *eind*verantwoordelijkheid; alle bij een patiënt betrokken zorgverleners hebben een eigen individuele deskundigheid en dus een eigen verantwoordelijkheid; dit maakt het temeer van belang dat één van hen de regie of coördinatie van het zorgproces op zich neemt.

# 3. Opvattingen van cliënten over het hoofdbehandelaarschap

## 3.1 Inleiding

Eerder hebben we vastgesteld dat de tuchtrechter van mening is dat de regiefunctie de kern vormt van het hoofdbehandelaarschap. Vraag is nu hoe cliënten hierover denken. Wat verwachten zij van de hoofdbehandelaar in de GGZ?

De commissie baseert zich hiertoe op de gesprekken die zij in het kader van haar onderzoek met (vertegenwoordigers van) cliënten heeft gevoerd, alsmede op het onlangs door het Trimbos-instituut in samenwerking met het Landelijk Platform GGZ, uitgevoerde onderzoek naar cliëntenperspectieven op hoofdbehandelaarschap.

## 3.2 Verwachtingen van cliënten van een hoofdbehandelaar

Uit de gesprekken die de commissie heeft gevoerd met (vertegenwoordigers van) cliënten komt naar voren dat cliënten uitgesproken opvattingen hebben over wat goed hoofdbehandelaarschap behelst. Samengevat noemen zij de volgende aspecten:

- Gesprekspartner:
  De hoofdbehandelaar is de gesprekspartner van de cliënt; degene met wie de cliënt het meeste contact heeft, die keuzes voorlegt en bespreekt; hij/zij moet goed kunnen communiceren en 'de taal van de cliënt' spreken. De relatie tussen cliënt en hoofdbehandelaar moet goed zijn; er moet een vertrouwensband zijn. Daarvoor is essentieel dat de hoofdbehandelaar gezamenlijke besluitvorming nastreeft, zodanig dat de cliënt en de hoofdbehandelaar gezamenlijk inhoud en uitvoering kunnen geven aan het behandelplan.

- Respecteren eigen regie:
  Volgens cliënten heeft een behandeling pas zin als de cliënt daarin optimaal betrokken wordt. Het uitgangspunt moet daarom zijn dat een cliënt regie houdt zolang dat mogelijk is. Dit zou ook moeten inhouden dat een cliënt zelf kan kiezen wie zijn hoofdbehandelaar is.

- Oog voor context:
  Cliënten vinden het belangrijk dat de hoofdbehandelaar geen verengde klinische blik heeft; hij/zij moet niet alleen gefixeerd zijn op ziektebeelden, maar tevens oog hebben voor de context van de cliënt. De hoofdbehandelaar hoeft derhalve niet degene te zijn die de diagnose stelt.

- Deskundigheid:
  Uiteraard is het van belang dat de hoofdbehandelaar een profiel heeft dat garant staat voor kwaliteit. Cliënten vinden echter dat zij erop moeten kunnen vertrouwen dat beroepsbeoefenaren die in de GGZ werken allen competent zijn en in multidisciplinair verband werken, waarbinnen alle kennis aanwezig is die nodig is voor een goede behandeling.

- Regie:
  Een goede hoofdbehandelaar is ingebed in een (multidisciplinair) team of (interdisciplinair) netwerk van professionals en is zelf ook één van de behandelaars. De hoofdbehandelaar moet een goed overzicht hebben en moet het team of netwerk kunnen aansturen; hij moet wel inhoudelijke kennis hebben, maar hoeft niet alles te kunnen of te weten; het is van belang dat hij weet wanneer hij andere deskundigheid moet inschakelen.

- Beschikbaarheid en continuïteit
  Een hoofdbehandelaar moet iemand zijn die gemakkelijk bereikbaar is voor de cliënt en/of zijn naasten. Daarnaast is continuïteit belangrijk; te gemakkelijk wordt het hoofdbehandelaarschap overgedragen bij verandering van de behandelsetting. Het uitgangspunt zou moeten zijn dat de hoofdbehandelaar de cliënt volgt, tenzij het echt niet anders kan. Als het hoofdbehandelaarschap (toch) overgedragen moet worden, moet er zorg gedragen worden voor een 'warme' overdracht.

## 3.3 Onderzoek naar hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg

De uitkomsten van de gesprekken die de commissie heeft gevoerd sluiten aan bij de bevindingen van het Trimbos-onderzoek "Hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg". Dit onderzoek laat zien dat cliënten en naastbetrokkenen drie voorwaarden van belang achten voor een goede kwaliteit van individuele behandeltrajecten:

- Contact en communicatie;
- Zorginhoudelijke aspecten, zoals deskundigheid, maatwerk, herstelgerichtheid en aandacht voor context;
- Organisatie en samenwerking.

In lijn met deze drie voorwaarden wijzen cliënten en naasten een reeks competenties aan die alle GGZ-behandelaren zouden moeten bezitten, om goede zorg te kunnen leveren. Het gaat daarbij volgens de onderzoekers in de eerste plaats om contactuele vaardigheden en empathisch vermogen; in de tweede plaats om kennis en bekwaamheid, dat wil zeggen: een gedegen opleiding, voldoende praktijkervaring, een (zelf)kritische houding en de vaardigheid om herstelgerichte 'zorg op maat' te leveren. Tenslotte worden competenties op het gebied van organiseren en samenwerken van belang geacht: intensief samenwerken met andere disciplines en met ervaringsdeskundigen, effectief doorverwijzen en op een creatieve en verantwoorde wijze gepaste zorg rond een cliënt organiseren.

Ook een hoofdbehandelaar moet in de ogen van cliënten en naasten in de eerste plaats aan deze competenties voldoen. Daarnaast verwachten zij van een hoofdbehandelaar een aantal rollen, die elk afzonderlijk van evenveel belang worden geacht, maar in de ogen van cliënten pas echte meerwaarde hebben, wanneer ze binnen één functie worden geïntegreerd.

Zij verwoorden het aldus:

"Die rollen van de hoofdbehandelaar zijn:

- Hoofdcontact: De behandelaar waarmee de cliënt het meest contact heeft. Deze behandelaar kent de cliënt goed.
- Regisseur / coördinator: De behandelaar die het overzicht houdt en zorgt dat de hulp van verschillende hulpverleners goed op elkaar wordt afgestemd.
- Eindverantwoordelijke: De behandelaar die eindverantwoordelijk is voor de hulpverlening aan de cliënt en aanspreekbaar is als zaken niet goed lopen."

In onze woorden: de behandelaar die verantwoordelijk is voor een goed verloop van het zorgproces.

Aanvullende (en deels uit het bovenstaande voortvloeiende) voorwaarden die cliënten en naasten stellen aan 'goed hoofdbehandelaarschap', zijn:

- De hoofdbehandelaar moet voldoende tijd hebben voor contact met de cliënt
- Bij voorkeur is die behandelaar die voor de cliënt zelf de belangrijkste hulpverlener is, ook de hoofdbehandelaar
- Er dienen waarborgen ingebouwd te worden tegen overmatig protocolleren, bureaucratiseren en hiërarchie en vóór een open dialoog, multidisciplinariteit, shared decision making en voor een heldere overdracht van het hoofdbehandelaarschap

- Bij voorkeur worden de afspraken over het hoofdbehandelaarschap gezien als slechts een eerste stap. Nagedacht moet worden over verdere voorwaarden en benodigde maatregelen om te komen tot een meer herstelgeoriënteerde zorg; over verbreding van de discussie en maatregelen naar andere domeinen en sectoren; en wellicht ook over alternatieven voor de term ‘hoofdbehandelaar’ zelf.

De onderzoekers concluderen dat vanuit het perspectief van mensen die met de GGZ te maken krijgen, de huidige discussie over het hoofdbehandelaarschap vanuit een te beperkte invalshoek wordt gevoerd. Voor ervaren kwaliteit zijn communicatieve, zorginhoudelijke en organisatorische overwegingen van belang die vooralsnog niet direct een rol spelen in de discussie en daarmee over het hoofd dreigen te worden gezien. Dit brengt de volgende risico’s met zich mee: verschraling van het contact tussen hoofdbehandelaar en cliënt, verminderde mogelijkheden om individu- en herstelgericht te werken en een toename van hiërarchie binnen multidisciplinaire teams. Vanuit de perspectieven van cliënten en naasten zou de hoofdbehandelaar *een door de cliënt te kiezen ‘bevoegde/verantwoordelijke’ moeten zijn, die taken en verantwoordelijkheden op het gebied van contact en communicatie, zorginhoud, organisatie en samenwerking op een effectieve en herstelgerichte manier samenbrengt.*

## 3.3 Deelconclusies

De uitkomsten van de gesprekken die de commissie heeft gevoerd met cliënten en de bevindingen van het Trimbos-onderzoek versterken elkaar: beide tonen aan dat ook cliënten van mening zijn dat het zwaartepunt van het hoofdbehandelaarschap is gelegen in de regiefunctie.

Weliswaar komt uit het Trimbos-onderzoek naar voren dat de drie onderscheiden functies van het hoofdbehandelaarschap in de ogen van cliënten idealiter in één en dezelfde persoon verenigd zijn, maar zoals in de toelichting op de eerder genoemde KNMG Handreiking is gesteld brengt de complexiteit van de hedendaagse gezondheidszorg met zich mee dat dit in de praktijk niet altijd te realiseren is. Uit de conclusie van het onderzoek en uit de gesprekken die wij gevoerd hebben leiden wij af dat cliënten vooral toegevoegde waarde zien in de regiefunctie; temeer omdat cliënt en naastbetrokkenen met recht mogen veronderstellen dat elke beroepsbeoefenaar die binnen de GGZ werkzaam is tenminste deskundig en bekwaam is op zijn eigen vakgebied.

Een volgende conclusie is dat cliënten groot belang hechten aan het zelf kunnen kiezen van een hoofdbehandelaar. In de huidige discussie over het hoofdbehandelaarschap wordt dit aspect geheel over het hoofd gezien. Het hoofdbehandelaarschap is niet alleen een aangelegenheid van en voor beroepshalve betrokkenen in de GGZ. Dit gegeven alleen al pleit tegen een van bovenaf opgelegde limitatieve opsomming van beroepsbeoefenaren die het hoofdbehandelaarschap mogen vervullen.

# 4. Het hoofdbehandelaarschap in de GGZ-praktijk

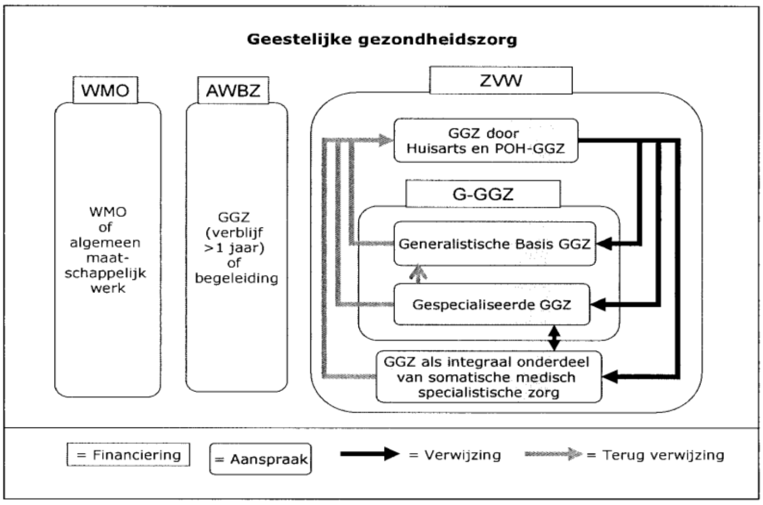
## 4.1 Inleiding

Eerder hebben we geschetst dat het hoofdbehandelaarschap sterk geënt is op het medische model. De vraag is nu hoe het hoofdbehandelaarschap in de GGZ zijn beslag heeft gekregen. De commissie richt zich primair op de gespecialiseerde GGZ, omdat het begrip hoofdbehandelaarschap in dit segment het meest pregnant aan de orde is. Om dit te illustreren gaat de commissie eerst kort in op het begrip ‘geneeskundige GGZ’ en het daarbinnen gemaakte onderscheid tussen generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.

Vervolgens brengt de commissie op basis van gevoerde gesprekken en werkbezoeken in kaart op welke wijze in de gespecialiseerde GGZ praktijk invulling is gegeven aan het hoofdbehandelaarschap. Daarna beschrijft zij wat er naar aanleiding van de Europsyche affaire en het verschijnen van het conceptadvies van de IGZ is veranderd en welke effecten dit heeft (gehad).

## 4.2 Geneeskundige GGZ

GGZ valt onder verschillende wettelijke regelingen: de Zvw, AWBZ/Wlz, Wmo, Jeugdwet. Tot de GGZ die sinds 1 januari 2008 uit de Zvw gefinancierd wordt, behoren de GGZ-huisartsenzorg (al dan niet ondersteund door een POH-GGZ), GGZ als integraal onderdeel van de somatische medisch specialistische zorg en de “geneeskundige GGZ”. Binnen de geneeskundige GGZ wordt sinds 1 januari 2014 onderscheid gemaakt tussen generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ.




N.B.: Met ingang van 1 januari 2015 is de AWBZ vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz); hieronder valt verblijf > 3 jaar; begeleiding is overgeheveld naar de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo).

**Generalistische basis GGZ (gGGZ) en gespecialiseerde GGZ (sGGZ)**

De geneeskundige GGZ bestaat uit diagnostiek, behandeling en zo nodig begeleiding als onderdeel van een integrale behandeling. Begeleiding valt onder de geneeskundige zorg en dus onder de Zvw voor zover deze is opgenomen in het behandelplan en de hoofdbehandelaar de begeleiding aanstuurt en terugkoppeling hiervan krijgt. Zo niet, dan valt deze begeleiding onder de Wmo.

De huisarts heeft een sleutelrol in de ‘toeleiding’ van patiënten naar het meest geëigende echelon binnen de GGZ. Voor verwijzing naar de geneeskundige GGZ moet er sprake zijn van een vermoeden van een psychische stoornis. Verwijzing naar de gGGZ is aan de orde wanneer de (vermoede) psychische stoornis licht tot matig is. Verwijzing naar de sGGZ is aangewezen indien sprake is van

complexe stoornissen of stoornissen met een duidelijk risico voor de patiënt of zijn omgeving, waarvoor doorgaans een multidisciplinaire behandeling in een gespecialiseerde setting noodzakelijk is.

Waar de cesuur tussen gGGZ en sGGZ precies ligt, is onduidelijk en dit roept vragen op. Een dominante factor is de mate van complexiteit, in de zin van meervoudigheid: naarmate de complexiteit hoger is, is een multidisciplinaire behandeling in beginsel meer aangewezen en ligt behandeling in de sGGZ meer voor de hand. Niettemin zijn er ook complexe stoornissen die binnen de sGGZ met een enkelvoudige (of monodisciplinaire) aanpak behandeld kunnen worden, terwijl er, andersom ook minder complexe stoornissen zijn die binnen de gGGZ behandeld worden maar wel een multidisciplinaire aanpak vergen. De cesuur valt derhalve niet onverkort samen met het onderscheid tussen multidisciplinair versus monodisciplinair behandelen.

Het vraagstuk van het hoofdbehandelaarschap speelt bij uitstek in situaties waarin een multidisciplinaire behandeling is aangewezen. Immers, bij monodisciplinaire behandeling zijn de drie functionaliteiten of taken die aan het hoofdbehandelaarschap verbonden zijn per definitie in één hand. Dit neemt overigens niet weg dat ook in dit laatste geval aan vereisten van kwaliteit, verantwoording en interdisciplinaire communicatie bij op- of afschalen moet worden voldaan.

Met inachtneming van bovenstaande nuancering over het onderscheid tussen gGGZ en sGGZ richten we ons primair op de sGGZ, omdat de discussie over (invulling van) het begrip hoofdbehandelaarschap in dit segment het meest prominent aan de orde is.

## 4.3 Hoofdbehandelaarschap in de sGGZ-praktijk

In de sGGZ neemt behandeling conform richtlijnen en professionele standaarden een voorname plaats in. Niettemin zijn in de afgelopen jaren nieuwe inzichten ontstaan over de zorgverlening aan patiënten met ernstige en complexe psychische aandoeningen, zo blijkt uit het rapport “Over de brug; *plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen”.* Dit betreft met name het inzicht dat behandeling van psychiatrische symptomen niet langer het enige doel is: het gaat evenzeer om het ondersteunen van ieders persoonlijke en maatschappelijke herstel. Dit inzicht brengt met zich mee dat niet alleen professionele zorg vereist is, maar ook activiteiten die uitgaan van de eigen kracht, inzet en energie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Goede zorg betrekt bovendien de directe omgeving (familie en andere naastbetrokkenen) van de cliënt, terwijl behandeling en reïntegratie steeds vaker hand in hand gaan. Daarvoor is een goed samenspel tussen de GGZ en andere sectoren nodig. Tot slot vraagt de achterstand van deze patiënten in lichamelijke gezondheid om betere integratie van psychiatrische en somatische zorg. Deze inhoudelijke uitgangspunten moeten leidend zijn bij de manier waarop de zorg wordt georganiseerd, aldus het genoemde rapport.

Dit alles brengt met zich mee dat de zorg die patiënten met ernstige en complexe psychische stoornissen nodig hebben veelomvattend is en multidisciplinaire aanpak vergt: naast medisch-psychiatrische behandeling hebben velen van hen ook behoefte aan begeleiding en ondersteuning op het gebied van werk, onderwijs, wonen, sociale relaties en andere manieren om aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen. Deze herstelgedachte wint terrein; behandeling is ruimer dan curatie in strikte zin en strekt zich uit tot andere levensdomeinen.

Een consequentie hiervan is dat in de sGGZ een keur aan beroepsbeoefenaren betrokken is bij de zorgverlening aan patiënten. In de beroepenstructuur worden zes clusters van beroepen onderscheiden, te weten:

- Medische beroepen
- Psychologische beroepen
- Psychotherapeutische beroepen
- Verpleegkundige beroepen
- Agogische beroepen
- Vaktherapeutische beroepen

Het gegeven dat veel beroepsbeoefenaren van uiteenlopende disciplines en kwalificatieniveaus betrokken zijn bij de zorgverlening in de GGZ stelt hoge eisen aan de afstemming en coördinatie van het zorgproces en aan de communicatie met de patiënt.

*Hoofdbehandelaarschap in de sGGZ vòòr 2013*

Patiënten komen doorgaans in de sGGZ terecht op verwijzing van de huisarts, eventueel nadat reeds behandeling door de huisarts dan wel in de generalistische basis GGZ heeft plaatsgevonden.

Hierdoor wordt in de toeleiding naar de sGGZ vaak al 'voorgesorteerd' naar het type behandelaar dat het meest geëigend lijkt, gezien de zorgvraag van de patiënt (soms gebeurt dit met behulp van teletriage). Dit kan de psychiater zijn, maar ook een verslavingsarts, klinisch psycholoog, psychotherapeut, verpleegkundig specialist GGZ, etc.

De intake mondt uit in een 'beschrijvende' diagnose, waarin behalve de psychische problematiek ook de sociale kaart van de patiënt in beeld wordt gebracht. Op basis hiervan wordt, doorgaans in multidisciplinair teamverband en zoveel mogelijk in samenspraak met de patiënt, een behandelplan opgesteld.

Omdat het veelal patiënten betreft met een complexe problematiek en de deskundigheidsgebieden van elk type behandelaar begrensd zijn, worden het behandelplan en de voortgang van de behandeling regelmatig besproken in een multidisciplinair overleg. Aan dit overleg neemt doorgaans een psychiater en/of klinisch psycholoog deel. De meest geëigende behandelaar fungeert als hoofdbehandelaar: dat is degene die inhoudelijk een wezenlijk aandeel heeft in de behandeling van de patiënt. Hij[3] coördineert het proces en is veelal ook het aanspreekpunt voor de patiënt. Hij moet voor de patiënt goed toegankelijk en beschikbaar zijn. Dat laatste is belangrijk: patiënten moeten gemotiveerd zijn om de behandeling te kunnen volgen; een vertrouwensband met de eerst aanspreekbare behandelaar is dan ook van vitaal belang voor de compliance van de patiënt. Dit betekent ook dat de eerst aanspreekbare behandelaar per fase kan wisselen, afhankelijk van wat op enig moment het zwaartepunt is in de totale behandeling (instellen op medicatie, crisisinterventie, gedragstherapie, sociale vaardigheden, etc.).

Anders dan wordt aangenomen, verloopt het zorgproces van sGGZ patiënten niet per definitie langs de lijn: intake, stellen van de diagnose, opstellen en uitvoeren van het behandelingsplan en nazorg. De (DBC-)diagnose is in veel gevallen zelfs pas later in het zorgproces met zekerheid te stellen en vergt soms een iteratief proces. Voor de patiënt is deze diagnose evenwel minder relevant; de werkdiagnose en het daarop afgestemde behandelplan zijn voor hem leidend. De DBC-diagnose kan er wel toe leiden dat de behandeling wordt aangepast aan de verworven inzichten en dat de aanvankelijk meest geëigende behandelaar niet langer hoofdbehandelaar kan zijn.

*Hoofdbehandelaarschap vanaf 2013*

Met ingang van 2013 gelden op grond van de declaratiebepalingen van de NZa regels waaraan het hoofdbehandelaarschap moet voldoen. Voor het jaar 2014 zijn deze regels aangescherpt, terwijl zorgverzekeraars daarnaast in hun inkoopbeleid nog nadere – en onderling verschillende - voorwaarden stellen aan het hoofdbehandelaarschap. Omdat zorgverzekeraars, in lijn met het conceptadvies van de IGZ, een restrictieve invulling geven aan het hoofdbehandelaarschap, komen hiervoor minder beroepsbeoefenaren in aanmerking dan voorheen. Voor de sGGZ komen volgens de zorgverzekeraars, alleen de psychiater, de klinisch psycholoog en de klinisch geriater in aanmerking; enkele zorgverzekeraars hanteren een iets ruimere invulling.

Op grond van de bekostigingsregels is alleen de hoofdbehandelaar formeel gerechtigd DBC's te openen en te sluiten en dus te declareren. Deze regels vereisen bovendien dat de hoofdbehandelaar direct patiëntgebonden tijd besteedt aan de patiënt waarvoor wordt gedeclareerd.

Deze combinatie van factoren ontregelt de praktijk. Er zijn vele voorbeelden van 'oneigenlijke contactmomenten' tussen psychiater of klinisch psycholoog en patiënten. Daar waar veelal een andere beroepsbeoefenaar de regie voert over het proces, worden nu (extra) gesprekken ingepland

[3] Daar waar gesproken wordt over 'hij' kan ook 'zij' gelezen worden

met een psychiater of klinisch psycholoog, louter om aan de inkoopvoorwaarden en bekostigingsregels te voldoen.

Enkele voorbeelden:

> **Intakegesprekken**
> Intakegesprekken worden gedaan door ervaren GGZ-professionals, voornamelijk GZ-psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten GGZ en psychotherapeuten. Vanwege de eisen van de verzekeraars worden er (ten koste van behandeling) klinisch psychologen en psychiaters vrijgemaakt om tijdens de intakeblokken - na het aanhoren van de intaker over anamnese, onderzoek en behandelvoorstel - de patiënt kort te zien, de patiënt de diagnose te geven en het behandelplan voor te leggen. De patiënt en intaker hebben daarna vaak niets meer te maken met deze hoofdbehandelaar. De intaker wordt autonomie en verantwoordelijkheid ontnomen; bij de patiënt worden verwachtingen gewekt alsof de hoofdbehandelaar een bepalende rol gaat spelen in de behandeling zelf.
>
> **Jaarlijkse behandelevaluaties**
> Patiënten die in behandeling zijn bij een behandelaar worden nu jaarlijks opgeroepen door een hoofdbehandelaar. De ingeroosterde KP of psychiater kent deze patiënt soms helemaal niet of nauwelijks, moet zich inlezen en zich laten informeren door de behandelaar. De hoofdbehandelaar stelt enkele standaardvragen aan de patiënt, maar kan vaak de vragen van de patiënt niet goed beantwoorden. Patiënten geven regelmatig aan het nut hiervan niet in te zien.

## 4.4 Effecten van beperkte invulling hoofdbehandelaarschap

De bevindingen van de commissie wijzen uit dat de (beperkte) invulling die zorgverzekeraars geven aan het hoofdbehandelaarschap de volgende negatieve effecten heeft:

- Ondermijning vertrouwensband cliënt: de oneigenlijke contactmomenten met de psychiater en/of klinisch psycholoog, worden niet altijd begrepen en gewaardeerd door zorgvragers en kunnen de vertrouwensband schaden, met nadelige gevolgen voor de compliance van de patiënt;
- Schijnveiligheid: de suggestie die besloten ligt in de beperkte invulling van het hoofdbehandelaarschap is dat de psychiater en klinisch psycholoog in staat zijn het gehele proces van de patiënt te kunnen overzien. Dit is niet het geval als gevolg van de hoge complexiteit van de zorgvraag, de vele betrokkenen en de beperkte tijd die psychiater en/of klinisch psycholoog per patiënt beschikbaar hebben. De beperkte invulling van het hoofdbehandelaarschap geeft dus geen waarborg voor een goede kwaliteit van de geleverde zorg;
- Inefficiënte inzet van mensen en middelen: daar waar de psychiater/klinisch psycholoog tot voor kort vooral werd ingezet omwille van zijn verdiepende specialistische deskundigheid, heeft hij nu vooral administratieve taken (in de praktijk wordt reeds gesproken over ‘de afvinkpsychiater’). Hij komt hierdoor minder toe aan inhoudelijke werkzaamheden, waarvoor zijn specifieke kennis en kunde vereist zijn. Omdat er te weinig psychiaters zijn, lopen zorgprocessen hierdoor bovendien onnodige vertraging op;
- Strijdigheid met één van de doelstellingen van de Zvw: de Zvw beoogt mede om door middel van een functionele omschrijving van aanspraken taakherschikking mogelijk te maken, teneinde tot een zo doelmatig mogelijk inzet van beroepsbeoefenaren te komen; de inzet van de psychiater en/of klinisch psycholoog voor genoemde administratieve taken is niet doelmatig.

Bij wijze van tegenwerping worden vooral door zorgverzekeraars als positieve effecten genoemd dat hiermee tenminste duidelijkheid is verkregen en dat degene met de hoogste/breedste opleiding de grootste verantwoordelijkheid heeft (de psychiater) en daarnaast dat de beperkte invulling van het hoofdbehandelaarschap als toetredingsdrempel fungeert: het vormt een rem op nieuwe toetreders, die niet aan de gestelde voorwaarden kunnen voldoen. Wat het eerste punt betreft heeft de commissie reeds in hoofdstuk 2 vastgesteld dat geen enkele professional, hoe breed ook opgeleid, nog het gehele terrein aan diagnostische en therapeutische mogelijkheden kan overzien en dat inhoudelijke verantwoordelijkheid iets anders is dan verantwoordelijkheid voor het proces. Wat het tweede punt betreft is in het recente verleden meerdere malen gebleken dat het gemakkelijk is deze voorwaarden te omzeilen. Van wezenlijker aard is het gegeven dat dit een oneigenlijk gebruik is van het concept hoofdbehandelaarschap, dat bedoeld is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

## 4.5 Deelconclusies

Naast de tuchtrechter en de cliënten, blijkt ook in de sGGZ-praktijk dat het zwaartepunt van het hoofdbehandelaarschap ligt bij de regiefunctie. De verschuiving van een inhoudelijk naar een steeds meer procesgeoriënteerde invulling van het hoofdbehandelaarschap was al duidelijk zichtbaar binnen de medisch specialistische zorg, maar tekent zich temeer af binnen de gespecialiseerde GGZ, waarin de herstelgedachte aan terrein wint en behandeling dus per definitie ruimer is dan curatie in enge zin. Dit brengt immers met zich mee dat een keur aan beroepsbeoefenaren met uiteenlopende deskundigheidsgebieden en kwalificatieniveaus betrokken is bij de behandeling van een patiënt, waardoor de noodzaak tot afstemming en regie nog pregnanter op de voorgrond staat.

De (beperkte) invulling die zorgverzekeraars, in navolging van het conceptadvies van de IGZ, aan het hoofdbehandelaarschap geven, staat derhalve haaks op de ontwikkeling in de jurisprudentie, op de verwachtingen van patiënten en op de sGGZ-praktijk.

De interpretatie van zorgverzekeraars van het hoofdbehandelaarschap kent (nog) een disciplinaire oriëntatie, vanwege de relatie met de bekostigingsregels waarin het stellen van de formele DBC-diagnose een centrale plaats inneemt. Deze oriëntatie leidt tot overwegend negatieve of zelfs schadelijke effecten en doet daarmee ernstig afbreuk aan de kwaliteit van zorg, terwijl de verwachte voordelen ervan niet of nauwelijks zijn ingelost.

Al met al constateert de commissie dat het begrip hoofdbehandelaarschap in de sGGZ gebruikt wordt op een wijze die haaks staat op de ontwikkeling die in hoofdstuk 2 is geschetst. De zorgverzekeraars gaan er ten onrechte van uit dat er nog zoiets bestaat als inhoudelijke *eind*verantwoordelijkheid. Deze opvatting is inmiddels achterhaald en dat geldt zeker voor de sGGZ. Juist ook in die sector geldt dat naarmate het zorgproces aan complexiteit toeneemt, het minder waarschijnlijk en zelfs onaannemelijk is dat één enkele professional, hoe breed ook opgeleid, algehele verantwoordelijkheid kan dragen. Dit brengt ons tot de conclusie dat een op kwaliteit van zorg gericht hoofdbehandelaarschap (zie hoofdstuk 2) juist ook van belang is bij de behandeling van patiënten met complexe, op verscheidene deskundigheidsgebieden gelegen, problematiek, maar dat een aanzienlijke spanning bestaat tussen een dergelijke vorm van hoofdbehandelaarschap en de wijze waarop de zorgverzekeraars dat begrip in de sGGZ (willen) hanteren.

# 5. Een nieuwe benadering

## 5.1 Inleiding

Uit het voorafgaande is naar voren gekomen dat het hoofdbehandelaarschap een concept is dat een functie heeft in relatie tot de kwaliteit van zorg. In dat kader is een gedifferentieerde invulling van het hoofdbehandelaarschap mogelijk, al naar gelang de omstandigheden en kenmerken van de betreffende zorgsector. Dit concept van het hoofdbehandelaarschap vindt steun in de tuchtrechtspraak en in de richtlijnen van beroepsorganisaties. Dit concept is niet geschikt als leidend element in een systeem voor de bekostiging van de GGZ, vooral ook omdat dit onvermijdelijk leidt tot een veel minder flexibele invulling van het hoofdbehandelaarschap dan uit een oogpunt van kwaliteit van zorg gewenst is. Dan treden de in het vorige hoofdstuk genoemde negatieve effecten op. Bezien vanuit de problematiek die tot de opdrachtverlening aan deze commissie leidde, is een zo sterke focus op het hoofdbehandelaarschap de verkeerde oplossing voor een reëel probleem. Zie ook par. 1.3.

In dit hoofdstuk presenteert de commissie daarom een andere benadering. In deze benadering speelt het hoofdbehandelaarschap nog wel een rol, maar naast andere relevante systeemelementen. Het gaat om een benadering waarin, met betrekking tot de bekostigingsregels in de GGZ, de dominantie van het hoofdbehandelaarschap komt te vervallen. Het accent moet wat de commissie betreft verschuiven naar de inhoud en betekenis van “Het Kwaliteitsstatuut GGZ”.

## 5.2 Hoofdbehandelaar is regiebehandelaar

Hoofdbehandelaar is primair degene die de regie voert over het proces; wij spreken daarom over ‘regiebehandelaar’ omdat dit de essentie van deze functie beter weergeeft.

De regiebehandelaar heeft een wezenlijk aandeel in de inhoudelijke behandeling. Hij zorgt ervoor dat in overleg met de patiënt een behandelplan wordt opgesteld, en draagt er zorg voor dat dit wordt uitgevoerd en – wanneer omstandigheden daartoe aanleiding geven – wordt bijgesteld. Elke betrokken beroepsbeoefenaar is op een specifiek deelgebied inhoudelijk deskundig en verantwoordelijk. De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen of activiteiten van allen die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn - en dus ook zijn eigen verrichtingen of activiteiten - op elkaar zijn afgestemd. Het is van essentieel belang dat in de behandeling de juiste c.q. aangewezen deskundigheid wordt betrokken; de regiebehandelaar mag niet aan relevante deskundigheidsgebieden voorbij gaan. In het multidisciplinair overleg (MDO) behoren alle benodigde deskundigheden vertegenwoordigd te zijn. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn.

De regiebehandelaar ‘stuurt’ derhalve zowel de inhoud, het proces, als de betrokken beroepsbeoefenaren; hij draagt verantwoordelijkheid voor de integrale behandeling. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de cliënt en diens naaste betrekkingen, het centrale aanspreekpunt.

Deze nieuwe benadering vergt competenties op drie niveaus, te weten ten aanzien van het proces, de individuele deskundigheid en het systeem.

*a. Taken/verantwoordelijkheden regiebehandelaar (proces):*

De regiebehandelaar:

- Zorgt ervoor dat door hemzelf of door een andere deskundige een werkdiagnose wordt gesteld (voor zover nog niet beschikbaar);
- Zorgt ervoor dat op basis van de werkdiagnose een behandelplan wordt opgesteld, zoveel mogelijk in overleg met de patiënt en/of diens naaste betrekkingen;
- Zorgt ervoor dat het behandelplan wordt vastgesteld in een overleg met alle disciplines die een aandeel nemen in de uitvoering van het behandelplan;

- Staat er garant voor dat het team beschikt over de benodigde competenties;
- Ziet erop toe dat alle relevante deskundigheden worden benut en neemt (controversiële) besluiten niet eerder dan nadat alle betrokken inhoudelijke deskundigheden zijn geconsulteerd;
- Staat er garant voor dat alle teamleden over voldoende deskundigheid beschikken voor het uitvoeren van hun aandeel in het zorgtraject;
- Schept de benodigde voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering van het behandelplan;
- Initieert de uitvoering van het behandelplan en bewaakt de voortgang; stuurt andere betrokken zorgverleners aan; toetst of de door hen geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen het behandelplan en intervenieert zo nodig;
- Evalueert (periodiek) de voortgang van het proces en de effectiviteit;
- Ziet erop toe dat in alle fasen van het behandelingstraject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
- Is aanspreekpunt voor de patiënt, diens naasten en diens eventuele wettelijke vertegenwoordiger, is beschikbaar en bereikbaar.

*b. Welke eisen stelt dit aan de regiebehandelaar (individuele deskundigheid)?*

De regiebehandelaar:

- Beschikt over een relevante – ter zake dienende – inhoudelijke deskundigheid;
- Draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde verrichtingen die zijn gelegen buiten het terrein waarop hij/zij zelf deskundig is. Voor die verrichtingen zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk;
- Is in de mate die van hem beroepsmatig mag worden verwacht alert op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en laat zich over die aspecten informeren door de deskundigen op die andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de patiënt vereist is;
- (h)Erkent derhalve de grenzen van zijn eigen deskundigheid(sgebied).

Iedere bij de behandeling betrokken zorgverlener komt in aanmerking voor deze primair organisatorische en logistieke functie, met dien verstande dat het deskundigheidsgebied in beginsel[4] is gestoeld op de volgende pijlers:

- Opleiding voldoend aan de NLQF[5] gelijk of hoger dan niveau 7, welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en voorziet in gerichte bij- en nascholing;
- BIG-registratie;
- Relevante werkervaring;
- Deelname aan een vorm van intercollegiale toetsing.

*c. Welke eisen stelt dit aan het systeem?*

De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar en van de teamleden moeten schriftelijk zijn vastgelegd in een kwaliteitsstatuut. Dit werken we in de volgende paragraaf uit.

[4] Zie prg. 6.2 onder e voor een toelichting
[5] NLQF: Netherlands Qualifications Framework of Nederlands Kwalificatieraamwerk. Het NLQF is een systematische ordening van alle bestaande kwalificatieniveaus van basiseducatie niveau 1 tot en met het doctoraat. Het is een nieuwe beschrijving van de Nederlandse kwalificatieniveaus. Het kader bestaat uit acht niveaus en een instroomniveau. Kwalificaties worden ingeschaald in het NLQF en krijgen daarmee een niveau-aanduiding. De niveaus van het NLQF zijn beschreven in kennis, vaardigheden, zelfstandigheid en verantwoordelijkheid

## 5.3 Kwaliteitsstatuut als vereiste voor verantwoorde zorg

Het kwaliteitsstatuut geeft de kaders aan waarbinnen de zorg binnen de GGZ wordt verleend en beschrijft de te onderscheiden verantwoordelijkheden met de daarbij behorende rechten en plichten van de betrokken zorgverleners, ongeacht of zij alle verbonden zijn aan één en dezelfde instelling.

Het vigerende model professioneel statuut GGZ kan hiervoor als basis dienen, waarop wordt voortgebouwd. In dit model dienen de volgende uitgangspunten te worden vastgelegd:

- De regiebehandelaar moet passend zijn bij de doelgroep. Dit zou bijvoorbeeld kunnen zijn: de psychiater bij complexe medische stoornissen, de specialist ouderengeneeskunde bij dementie, de klinisch geriater bij dementie en complexe geriatrische problematiek, de verslavingsarts bij verslavingsproblematiek, de psychotherapeut bij vnl. psychotherapeutische behandeling, de GZ-psycholoog bij vnl. psychotherapeutische/gedragstherapeutische behandeling, de Verpleegkundig Specialist GGZ en de SPV bij behandelingen die gericht zijn op de gevolgen van ziekte en/of handicap.

- De psychiater of de klinisch psycholoog stelt zelf de diagnose, indien dit op inhoudelijke gronden is aangewezen en/of een wettelijke regeling dit vereist.

- Indien een ander dan de psychiater of klinisch psycholoog regiebehandelaar is, heeft de patiënt te allen tijde de mogelijkheid een psychiater of klinisch psycholoog te consulteren.

In dit model dienen voorts de hiervoor beschreven taken en verantwoordelijkheden (5.2a) en de individuele deskundigheid (5.2b) van de regiebehandelaar te worden opgenomen.

Tenslotte dient in dit model het volgende te worden vastgelegd:

- Wijze waarop patiënten in de gelegenheid worden gesteld een weloverwogen keuze te maken voor een regiebehandelaar en de wijze waarop de opvolging van deze keuze wordt geregeld;
- Verantwoordelijkheden en plichten van de regiebehandelaar ten aanzien van de wijze waarop communicatie en inspraak op het behandelproces met patiënt, diens naasten en eventuele wettelijke vertegenwoordiger worden vormgegeven, alsmede de wijze van en eisen aan verslaglegging van de specifieke regietaken;
- Het mandaat van de regiebehandelaar om andere betrokken zorgverleners aan te sturen en de verplichting van andere zorgverleners om aanwijzingen van de regiebehandelaar op te volgen;
- Per behandelcategorie: de vereiste deskundigheden van de bij de zorgverlening betrokken zorgverleners c.q. de samenstelling van het multidisciplinaire behandelteam;
- De criteria voor het op- en afschalen van de zorgverlening naar een volgend respectievelijk voorliggend echelon;
- De criteria voor het inroepen van specifieke inhoudelijke deskundigheid; zowel op grond van inhoudelijke overwegingen als op grond van enige wettelijke verplichting, zoals in het kader van verplichte GGZ.
- Wijze waarop overdracht van het regiebehandelaarschap plaatsvindt;
- Wijze waarop het zorgproces geëvalueerd wordt.

Het kwaliteitsstatuut dat wij voor ogen hebben wijkt in een aantal opzichten af van het traditionele professioneel statuut: het heeft een dwingend karakter, legt meer accent op de verhoudingen tussen beroepsbeoefenaren die een aandeel hebben in de (totale) behandeling van individuele patiënten en kan zowel instellingsgebonden als instellingsoverstijgend zijn.

## 5.4 Implicaties van deze benadering voor andere settings waarin GGZ geleverd wordt

Tot nog toe is onze nieuwe benadering toegespitst op de sGGZ. De vraag is nu of deze benadering ook toepasbaar is in situaties die hiervan afwijken, ofwel omdat de behandeling in beginsel monodisciplinair van aard is, dan wel binnen een ander echelon of andere setting plaatsvindt. Te denken valt aan:

- Monodisciplinaire behandeling binnen de sGGZ
- Behandeling binnen de generalistische basis GGZ
- Behandeling in een niet-GGZ setting, zoals: behandeling van psychosociale problematiek door kinderartsen, JGZ-artsen, orthopedagogen, klinisch geriaters
- Huisartsenzorg inclusief POH-GGZ.

Deze situaties verschillen vooral hierin van de sGGZ dat in beginsel monodisciplinair behandeld wordt en de behandeling wordt uitgevoerd door één enkele behandelaar, in plaats van door een (multidisciplinair samengesteld) team. Dit type behandelingen kan binnen een instelling plaatsvinden, maar ook in praktijken van vrijgevestigden.

In deze situaties speelt niet de vraag welke functionaliteit van het hoofdbehandelaarschap het zwaarste weegt; de drie functionaliteiten zijn per definitie in één hand. De coördinatie- of regiefunctie lijkt hier bovendien minder gecompliceerd, omdat afstemming van activiteiten van meerdere betrokken zorgverleners niet aan de orde is. De verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar houdt op als de patiënt wordt overgedragen aan een ander echelon; het regiebehandelaarschap verhuist in beginsel mee.

In de onderscheiden situaties zijn andere kwesties pregnant aan de orde:

- De disciplinerende of corrigerende werking van een behandelteam ontbreekt;
- De overgang van het ene naar het andere echelon verloopt niet vloeiend door het ontbreken van afstemming tussen de verschillende echelons. Vanuit het perspectief van de patiënt of cliënt bezien is het totale zorgproces (te) gefragmenteerd.

De gepresenteerde benadering is mutatis mutandis ook op deze situaties toepasbaar en bruikbaar om de geschetste risico's te pareren. In deze situaties gaat het niet om horizontale, maar om verticale regie; niet om multidisciplinaire teams maar om interdisciplinaire netwerken. Ook in deze situaties mag immers geëist worden dat de behandelaar schriftelijk heeft vastgelegd hoe de samenwerking is geregeld in geval van een bestaande noodzaak tot het inroepen van andere specifieke deskundigheid en/of crisisopvang. Daarnaast moet hij kunnen aantonen welke criteria hij hanteert voor op- en afschalen, op welke wijze overdracht plaatsvindt, hoe het proces geëvalueerd wordt en hoe de intercollegiale toetsing of intervisie is geregeld.

Enkele voorbeelden:

- Vrijgevestigde psychotherapeuten en andere monodisciplinair en/of solitair werkende beroepsbeoefenaren, waaronder huisartsen: De behandelaar dient een samenwerkingsovereenkomst te sluiten met een of meerdere zorgaanbieders in zijn regio, waarin de samenwerkingspartners het kwaliteitsstatuut van toepassing verklaren op de zorgverlening die zij bieden. In de keuze van samenwerkingspartners is variëteit mogelijk, afhankelijk van de setting waarin en de doelgroep(en) waaraan zorg verleend wordt, mits het samenwerkingsverband kan voldoen aan de vereisten die het kwaliteitsstatuut stelt.

- Kinderartsen: Hier zullen afspraken (moeten) zijn met de psychiater van het eigen ziekenhuis; ziekenhuizen kennen niet altijd een professioneel statuut, maar wel een equivalent daarvan (Document Medische Staf). Hieraan kan een addendum voor GGZ worden toegevoegd. Hetzelfde geldt voor de klinisch geriater.

- Orthopedagogen, JGZ-artsen, Artsen VG: de situatie in de Kinder- en Jeugdzorg en in de VG-sector is in die zin gecompliceerder dan de hiervoor beschreven situaties, dat deze zorg in verschillende bekostigingsregimes valt, waardoor naast de zorgverzekeraar ook de gemeente betrokken is als inkoper van zorg. Het ijkpunt voor kwaliteit van zorg dient echter hetzelfde te zijn: ook in dit geval geldt het kwaliteitsstatuut als vereiste.

Wil het kwaliteitsstatuut als kwaliteitsvereiste kunnen fungeren dan is het van belang het kwaliteitsstatuut te standaardiseren. Tegelijkertijd zal er behoefte of noodzaak zijn om in het kwaliteitsstatuut rekening te houden met de doelgroep(en) waarop de zorgverlening is gericht en de specifieke omstandigheden van de verschillende settings waarin GGZ geleverd wordt. Deze spanning is op te lossen door in het kwaliteitsstatuut een algemeen en een bijzonder deel op te nemen. Het algemene deel regelt de onderdelen die in elke situatie of context van toepassing zijn; in het bijzondere deel worden elementen opgenomen die specifiek zijn voor zorgverlening aan een welbepaalde doelgroep en/of zorgverlening in een andere setting.

## 5.5 Betekenis en implicaties voor de praktijk

In onze benadering vormt het kwaliteitsstatuut het instrument op basis waarvan zorgverzekeraars verantwoorde GGZ kunnen inkopen en zorgaanbieders kunnen laten zien hoe zij de zorg voor hun patiënten hebben georganiseerd. Zij zijn daarop ook aanspreekbaar.

Het kwaliteitsstatuut fungeert hiermee als kwaliteitseis, waaraan zorgaanbieders moeten voldoen willen zij GGZ kunnen leveren. Het vormt aldus tevens een toetredingsdrempel voor (nieuwe) aanbieders, op basis waarvan kaf van koren is te scheiden. Zie voor een nadere uitwerking hiervan hoofdstuk 6. Het ligt voor de hand dat in dit model de regiebehandelaar de bevoegdheid en taak heeft DBC's te openen en te sluiten. Deze taak vloeit logischerwijs voort uit zijn verantwoordelijkheid voor het zorgproces.

Dit model laat zorginstellingen/samenwerkingsverbanden de ruimte om zelf te bepalen wie binnen bovengenoemde kaders in welk geval regiebehandelaar is, waarmee kan worden ingespeeld op voorkeuren van cliënten en recht kan worden gedaan aan de behoefte aan instellingsvariatie en aan de belangen van vrijgevestigden.

Een vraag die in dit verband bijzondere aandacht verdient is welke consequenties de door de commissie gekozen benadering heeft voor de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van de betrokken beroepsbeoefenaren.

In het tuchtrecht geldt het beginsel van persoonlijke verwijtbaarheid. Daarbij geldt het uitgangspunt dat iedere zorgverlener verantwoordelijkheid draagt voor zijn eigen handelen of nalaten. Die verantwoordelijkheid wordt bepaald (en begrensd) door de deskundigheid van de betreffende beroepsbeoefenaar en, bij het werken in een team of een keten, door de afspraken over de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling die binnen dat team of die keten zijn gemaakt. In de eerder genoemde uitspraak van het CTG van 17 april 2012 oordeelde de tuchtrechter: "Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband dienen duidelijke afspraken te maken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt". Dat is ook de hoofdboodschap van de KNMG-Handreiking uit 2010. De taken die volgens onze benadering aan de regiebehandelaar toekomen, te omschrijven in het kwaliteitsstatuut, komen overeen met de regisserende en coördinerende taken, die op basis van de huidige jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege aan de hoofdbehandelaar zijn. Te verwachten valt dan ook dat het door ons bepleite kwaliteitsstatuut een belangrijke rol zal gaan spelen bij het omschrijven van de taken en verantwoordelijkheden van zowel de regiebehandelaar als van de overige teamleden. Cruciaal is dat daarin wordt vastgelegd wat de doorzettingsmacht van de regiebehandelaar is, wat de criteria voor het inroepen of op- en afschalen van deskundigheid zijn en dat het voor patiënt en betrokkenen duidelijk is waar zij recht op hebben.

Te verwachten valt dat ook de tuchtrechter bij het beoordelen van eventuele tuchtklachten het kwaliteitsstatuut als basis zal nemen. In de praktijk bestaat wel de vrees dat de hoogst en breedst

opgeleide beroepsbeoefenaar, ook al is deze in een specifieke context geen hoofdbehandelaar, toch tuchtrechtelijk kan worden afgerekend op systeemfouten of het niet goed functioneren van de hoofdbehandelaar. Kijkend naar de tuchtrechtelijke jurisprudentie achten wij die vrees niet reëel. Daaruit kan worden afgeleid dat de hoogst en breedst opgeleide beroepsbeoefenaar die geen hoofdbehandelaar is in twee situaties moet vrezen voor tuchtrechtelijke aansprakelijkheid:

- als zijn inhoudelijke zorgverlening, zoals deze gelet op zijn deskundigheid had mogen worden verwacht, onder de maat is;
- als binnen een team geen goede afspraken zijn gemaakt over taak- en verantwoordelijkheidsverdeling.

Het eerste risico heeft betrokkene zelf in de hand. Het tweede risico kan worden weggenomen door middel van een goed kwaliteitsstatuut. Als daarin bijvoorbeeld is opgenomen dat het regulier monitoren van de effecten van de behandeling(en) op de toestand van de patiënt en het op basis daarvan tijdig waarschuwen van bijvoorbeeld een behandelend psychiater een taak is van de regiebehandelaar- en dus niet van die behandelend psychiater, dan ligt het in de rede dat de tuchtrechter niet zal oordelen dat die laatste op dat punt een tuchtrechtelijk verwijt is te maken. Van belang daarbij is natuurlijk wel dat, kijkend naar de betreffende context en de aan een regiebehandelaar te stellen eisen, de juiste beroepsbeoefenaar als regiebehandelaar wordt aangesteld.

## 5.6 Deelconclusies

Door de verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden van de regiebehandelaar en de overige teamleden vast te leggen in een kwaliteitsstatuut fungeert dit statuut als kwaliteitseis op basis waarvan zorgverzekeraars kwalitatief verantwoorde sGGZ kunnen inkopen. Dit geldt mutatis mutandis ook voor de inkoop van gGGZ.

In essentie fungeert het kwaliteitsstatuut hiermee als schakel tussen kwaliteit van zorg en kwaliteit van zorginkoop.

Dit model biedt ruimte aan zorgaanbieders in de GGZ om zelf te komen tot een zo doelmatig mogelijke inzet van mensen en middelen. Het model is daarmee in lijn met één van de doelstellingen van de Zvw.

Het vereiste van een kwaliteitsstatuut is regime-onafhankelijk; het is ook van toepassing in situaties waarin niet de zorgverzekeraar maar de gemeente de zorg inkoopt. Dit gegeven zal de overgang van patiënten tussen verschillende regimes (Wmo, Wlz, Zvw) vergemakkelijken.

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het zorgproces van een patiënt. Deze verantwoordelijkheid schept verplichtingen en stelt eisen aan de individuele deskundigheid van de regiebehandelaar, die vooral goed in staat moet zijn eigen grenzen te (h)erkennen en specialistische deskundigheid in te schakelen indien nodig.

# 6. Van visie naar praktijk

## 6.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft de Commissie uiteengezet op welke wijze in de toekomst de relatie tussen de kwaliteit van zorg en kwaliteit van zorginkoop kan worden gelegd. Om deze visie in de praktijk te kunnen brengen moet aan bepaalde voorwaarden zijn voldaan. Daarover gaat dit hoofdstuk. We maken hiertoe onderscheid in juridische, organisatorische en financieel-economische voorwaarden.

Vervolgens geven we in de slotparagraaf van dit hoofdstuk aan wie aan zet zijn om de genoemde voorwaarden – en daarmee de geschetste visie - te realiseren.

## 6.2 Juridische voorwaarden

### a. Kwaliteitswet zorginstellingen

Zorgaanbieders zijn gehouden aan de eisen die de kwaliteitswet zorginstellingen stelt. Op grond van artikel 3 van deze wet moet de zorgaanbieder de zorgverlening op zodanige wijze organiseren en zorg dragen voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Het voorstel van de commissie geeft concreet invulling aan deze verplichting.

### b. Contractvoorwaarden zorgverzekeraars

Het advies van de commissie verandert als zodanig niets aan de bestaande vrijheid van zorgverzekeraars om in hun contractuele voorwaarden nadere eisen te stellen aan de wijze waarop zorgaanbieders zorg moeten verlenen en dus ook niet aan de vrijheid om grenzen te stellen aan de kring van beroepsbeoefenaren die bepaalde zorg mogen verlenen mits zij daarmee binnen de vigerende publieke regels blijven. Hiermee bestaat een risico dat zorgverzekeraars steeds meer eisen zullen gaan stellen aan de inhoud van het kwaliteitsstatuut. Om dit risico in te perken stelt de commissie de volgende actiepunten voor.

*Actiepunten*:

- De veldpartijen en de zorgverzekeraars dienen consensus te genereren over een model kwaliteitsstatuut, waarvan in beginsel niet mag worden afgeweken.
- Indien de opdrachtgevende partijen, tot voor kort verenigd in het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ, het advies van de commissie onderschrijven, dienen zij zich hieraan ook in woord en daad te committeren door het advies aan te merken als vigerende veldnorm. Mochten zij hiertoe niet in staat blijken, dan is een wettelijke regeling van het regiebehandelaarschap onvermijdelijk.

### c. Toelating tot de markt

De commissie stelt in het advies dat het kwaliteitsstatuut waarin de verantwoordelijkheden van de betrokken beroepsbeoefenaren ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de instelling of het samenwerkingsverband zijn neergelegd kan fungeren als toetredingsdrempel.

*Wat is hiervoor nodig?*

Artikel 5 van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) bepaalt dat alle instellingen die zorg verlenen waarop aanspraak bestaat ingevolge de AWBZ of de Zvw, moeten beschikken over een toelating. De eisen waaraan moet worden voldaan om voor een toelating in aanmerking te komen zijn nader uitgewerkt in het Uitvoeringsbesluit WTZi en in de Beleidsregels WTZi.

Het Uitvoeringsbesluit WTZi stelt onder meer als vereisten:

- dat de instelling schriftelijk heeft vastgelegd welk orgaan of welke organen van de instelling welke bevoegdheden heeft onderscheidenlijk hebben ten aanzien van welk onderdeel of aspect van de bedrijfsvoering (art. 6.3).
- dat de instelling schriftelijk en inzichtelijk heeft vastgelegd hoe de zorgverlening georganiseerd wordt, van welke andere organisatorische verbanden daarbij gebruik wordt gemaakt en wat de aard is van de relaties met die andere verbanden, waaronder begrepen verantwoordelijkheden, taken en beslissingsbevoegdheden (art. 6.4).

In de beleidsregels zijn criteria opgenomen waaraan naast de wettelijke eisen bij de beoordeling van de aanvraag van een (wijziging van een) toelating wordt getoetst. Naast een aantal sectoroverstijgende beleidsregels zijn er aparte beleidsregels voor verschillende deelsectoren, waaronder de geestelijke gezondheidszorg.

*Actiepunt:*

- De Minister van VWS dient aan de eisen die aan (wijziging van) de toelating worden gesteld toe te voegen dat aanbieders van GGZ een kwaliteitsstatuut moeten hebben, waarin de verantwoordelijkheden van de beroepsbeoefenaren en hun onderlinge verhouding staan beschreven, in het bijzonder de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar zoals beschreven in hoofdstuk 5 van dit advies. Deze aanbeveling sluit aan bij het voornemen van de minister, zoals aangekondigd in haar brief van 6 februari 2015 aan de Tweede Kamer (“Kwaliteit loont”), om nadere kwaliteitseisen te stellen aan zorgaanbieders, zodra de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in werking treedt.

### d. Toezicht en handhaving

Indien de aanbeveling onder c gerealiseerd wordt, is vervolgens de vraag aan de orde wie toetst of zorgaanbieders aan dit (aanvullende) vereiste voldoen. Het CIBG heeft tot taak te toetsen of een zorgaanbieder voldoet aan de gestelde vereisten voor (wijziging van de) toelating. Daarmee is nog niet bewerkstelligd dat de aanbieder ook conform dit vereiste handelt. Deze taak kan worden ondergebracht bij de IGZ.

De minister van VWS heeft in een recente brief aan de Tweede Kamer over Goed bestuur in de zorg aangegeven het belangrijk te vinden om direct bij de start van de zorgverlening door een nieuwe toetreder al een toetsingsmoment te hebben op kwaliteit en veiligheid. Een dergelijke toets kan nieuwe aanbieders die onvoldoende zijn toegerust immers afschrikken om toe te treden tot de zorgsector. De IGZ heeft hiertoe in het afgelopen jaar een pilot uitgevoerd, gericht op het intensiveren van toezicht op nieuwe toetreders. Het toezicht van de IGZ in de pilot richt zich op nieuwe toetreders van enige omvang die ZVW- of AWBZ-zorg leveren. De pilot moet inzicht bieden in de opzet en de effectiviteit van een vroegtijdige toets van nieuwe toetreders door de IGZ, de wijze waarop risicoanalyse voor nieuwe toetreders het best kan worden toegepast en de capaciteit die nodig is om nieuwe zorginstellingen kort na de start van de daadwerkelijke zorgverlening te bezoeken. Op dit moment verwerkt de IGZ de laatste bevindingen van de pilot. De Kamer wordt in het voorjaar van 2015 per brief geïnformeerd over deze bevindingen.

Het toezicht op de aanwezigheid en de naleving van het kwaliteitsstatuut, zoals wij dat voorstellen, past naadloos in de voorgenomen intensivering van het toezicht door de IGZ op nieuwe toetreders. Die toetsing behelst namelijk zowel de aanwezigheid als de naleving van randvoorwaarden voor het leveren van verantwoorde zorg, waaronder de gemaakte afspraken over verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden en de deskundigheid en bekwaamheden van het personeel in relatie tot de cliëntengroep.

Een bijzonder punt van aandacht hierbij is de wijze waarop moet worden omgegaan met wijzigingen in het kwaliteitsstatuut. Zorgaanbieders zijn verplicht om wijzigingen in de voorwaarden die tot toelating hebben geleid te melden bij het CIBG. Het kan wenselijk zijn deze verplichting nader te expliciteren, door te bepalen dat zorgaanbieders verplicht zijn om een gewijzigd kwaliteitsstatuut te overleggen aan het CIBG, waarna het aan het CIBG is te beoordelen of zorgaanbieders daarmee nog steeds voldoen

aan de (aanvullende) vereisten voor toelating. Mocht dit niet (langer) het geval zijn of mocht het CIBG hierover twijfels hebben dan dient het CIBG de zaak ter inhoudelijke toetsing over te dragen aan de IGZ.

*Actiepunten:*

- De Minister van VWS en de IGZ brengen het toezicht op de aanwezigheid en de naleving van het kwaliteitsstatuut, zoals wij dat voorstellen, onder in de voorgenomen intensivering van het toezicht door de IGZ op nieuwe toetreders.
- Het CIBG en de IGZ leggen in een samenwerkingsprotocol vast hoe zij omgaan met wijzigingen in het kwaliteitsstatuut.

### e. BIG-registratie en opleidingsniveau voorwaarden voor regiebehandelaarschap?

Eén van de voorwaarden voor het kunnen vervullen van de functie van regiebehandelaar is dat de betreffende beroepsbeoefenaar in beginsel BIG-geregistreerd is. Een belangrijk argument daarvoor was en is gelegen in het feit dat in dat geval het tuchtrecht van toepassing is.

De Wet BIG verdeelt beroepen die onder deze wet vallen in twee groepen. Deze groepen staan bekend onder het artikelnummer uit de wet: artikel 3, 14, 34 en artikel 36a-beroepen. Alleen artikel 3 en artikel 14 beroepen staan geregistreerd in het BIG-register en vallen onder het tuchtrecht.

Door BIG-registratie als absoluut vereiste te nemen, komen bepaalde beroepsgroepen niet in aanmerking voor het vervullen van het regiebehandelaarschap, terwijl zij daarvoor wel voldoende gekwalificeerd kunnen zijn. Dit geldt in het bijzonder voor de orthopedagogen-generalist.

De orthopedagogen-generalist zijn niet BIG-geregistreerd en kunnen om die reden geen regiebehandelaar zijn. De commissie ziet als meest aangewezen oplossing de orthopedagogen aan te wijzen als art. 3 wet BIG beroep. Zij geeft hieraan de voorkeur boven het creëren van een uitzondering op het vereiste van BIG-registratie voor vervulling van het regiebehandelaarschap.

Een ander probleem speelt rond de SPV. De SPV is weliswaar een art. 3 beroep, maar voldoet niet aan het vereiste van een academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau[6]. De commissie is van mening dat de vereisten ten aanzien van de individuele deskundigheid van de regiebehandelaar in beginsel cumulatief dienen te gelden. Een uitzondering geldt wat haar betreft voor het vereiste van een academische of daarmee vergelijkbare opleiding: een gebrek daaraan kan gecompenseerd worden door voldoende relevante werkervaring.

*Actiepunten:*

- De minister van VWS overweegt de mogelijkheid om de orthopedagogen-generalist aan te wijzen als art. 3 wet BIG-beroep;
- Branche- en beroepsorganisaties in de GGZ werken in het kwaliteitsstatuut de cumulatie van vereisten voor het regiebehandelaarschap nader uit.

### f. Kenbaarheid deskundigheid, competenties en werkervaring

Als het regiebehandelaarschap door verschillende beroepsbeoefenaren kan worden vervuld hoe kan een belanghebbende dan weten of een bepaalde beroepsbeoefenaar de kennis en kunde heeft om deze functie te vervullen? Welke aangrijpingspunten zijn daarvoor voorhanden?

De bestaande diversiteit in de wettelijke omschrijvingen van deskundigheidsgebieden, met name die van artikel 3 Wet BIG-beroepen, is groot. Die varieert van relatief summier (gezondheidszorg-psycholoog, psychotherapeut) tot gedetailleerd (verloskundige, fysiotherapeut). Daarnaast wordt met sommige omschrijvingen in de wet volstaan, terwijl andere via AMvB nog nader uitgewerkt worden.

[6] NLQF niveau 7 of hoger

Teneinde de kenbaarheid van deskundigheidsgebieden van de vele verschillende beroepsbeoefenaren in de GGZ te vergroten, sluit de commissie graag aan bij de aanbeveling in de tweede evaluatie van de wet BIG om de aard, de inhoud en de locatie van de wettelijke deskundigheidsomschrijvingen van artikel 3 beroepen te harmoniseren. Daarbij valt er volgens de opstellers van de evaluatie veel voor te zeggen om deze deskundigheidsomschrijvingen niet langer in de wettekst zelf onder te brengen, maar deze bij AMvB vast te stellen. Dit heeft mede tot voordeel dat wijzigingen in deskundigheidsgebieden snel kunnen worden doorgevoerd en hiervoor geen formele wetswijziging nodig is. Daarnaast zou in deze AMvB's een bepaling moeten worden opgenomen die een periodieke evaluatie van de deskundigheidsomschrijvingen gelast, zodat bewaakt wordt dat deze omschrijvingen niet te snel hun actualiteitswaarde verliezen. Aldus kan beter worden ingespeeld op de ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking.

Daarnaast schaart de commissie zich achter de aanbeveling om binnen de omschrijvingen van deskundigheidsgebieden plaats in te ruimen voor vereiste competenties, naar analogie van de eindtermen van opleidingstrajecten van beroepen in de individuele gezondheidszorg. Daarbij dient in het bijzonder aandacht te worden besteed aan de competentie (h)erkennen van de grenzen van het eigen deskundigheidsniveau.

In het kader van herregistratie wet BIG (art. 3 beroepen) worden eisen gesteld aan werkervaring; dat is ook zo bij de privaatrechtelijke registraties (vnl. art. 34 beroepen). Wellicht is het noodzakelijk deze eisen aan te scherpen, bijvoorbeeld met een vereiste van aantoonbare werkervaring en bij-/nascholing op specifieke deelterreinen van de GGZ. De commissie beveelt aan hiernaar nader onderzoek te doen.

*Actiepunt:*

- De minister van VWS neemt bovenstaande opmerkingen mee in de voorbereiding van een wetsvoorstel tot aanpassing van de wet BIG, dat zij voornemens is in het voorjaar van 2015 aan de Tweede Kamer aan te bieden.

**g. Verduidelijking van het begrip geneeskundige zorg**

In de discussie over wie hoofdbehandelaar kan/mag zijn wordt vooral door diegenen die een restrictieve invulling daarvan voorstaan gewezen op het feit dat het hier 'geneeskundige' GGZ betreft.

De Zvw en daarop gebaseerde lagere regelgeving (Bzv) verstaat onder geneeskundige zorg, "zorg zoals huisartsen, klinisch psychologen, medisch specialisten die plegen te bieden". Dit is een omschrijving die onvoldoende houvast biedt omdat het een in de tijd beperkt houdbare omschrijving is: naarmate taakherschikking meer ingang vindt in de praktijk (hetgeen de bedoeling is van de functionele omschrijving van zorgaanspraken), wordt steeds diffuser welke zorg genoemde beroepsbeoefenaren plegen te bieden.

In de Zvw vinden we geen nadere omschrijving van het begrip geneeskundige zorg. In de MvT komen we slechts de volgende passage tegen: "Vooralsnog blijven de genoemde zorgvormen verdeeld over de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Hoofdlijn daarbij is dat de Zorgverzekeringswet betrekking heeft op de zorg die is gericht op genezing, terwijl de in de AWBZ opgenomen zorgvormen betrekking hebben op langdurige verzorging" (blz. 40 MvT). Dit lijkt te duiden op een strikte/enge opvatting van geneeskundige zorg.

Het gegeven dat geneeskundige GGZ niet alleen tot doel heeft ziekten te genezen dan wel stoornissen te verhelpen, maar vooral ook patiënten te leren omgaan met hun ziekte of stoornis (herstelgedachte) impliceert evenwel dat het begrip 'geneeskundige zorg' niet te strikt moet worden opgevat.

Het begrip geneeskundige zorg kan zowel eng als ruim worden uitgelegd. Datzelfde geldt voor het begrip 'geneeskunde': definities hiervan variëren van "het vakgebied dat zich bezighoudt met ziektes en de behandeling daarvan" (enge opvatting) tot "het interdisciplinaire vakgebied dat zich richt op de invloed die ziektes of afwijkingen hebben op het menselijk functioneren, zowel fysiek als psychisch,

met als doel het herstellen van de gezonde toestand, het verzachten van symptomen of het voorkomen van (ergere) pathologie" (ruime opvatting). De range aan activiteiten die in dit laatste kader ondernomen kunnen worden is groot en overstijgt zelfs het domein van 'de zorg', vooral bij psychische aandoeningen. Immers, het bieden van structuur bij dagbesteding, het geleiden naar (passend) werk etc., kunnen activiteiten zijn die tot doel hebben 'symptomen te verzachten of verergering van de pathologie' te voorkomen.

*Actiepunt:*

- De commissie beveelt de minister van VWS aan het begrip geneeskundige zorg in de Zvw nader te verduidelijken, met inachtneming van het vorenstaande.

## 6.3 Organisatische voorwaarden

### a. Affiliatie/samenwerkingsovereenkomst

Onze benadering is niet alleen toepasbaar binnen de sGGZ maar ook in situaties die daarvan afwijken, omdat de behandeling in beginsel monodisciplinair van aard is, dan wel binnen een ander echelon of andere setting plaatsvindt. Om de risico's te pareren die in deze situaties aan de orde zijn beveelt de commissie aan solitair werkende beroepsbeoefenaren in de GGZ te verplichten een samenwerkingsovereenkomst te sluiten met één of meerdere andere GGZ-aanbieders, zodat verzekerd is dat ook zij voldoen aan de eisen die het kwaliteitsstatuut stelt. (Dit naar analogie van de zelfstandige behandelcentra, die verplicht zijn een samenwerkingsverband aan te gaan met een nabij gelegen ziekenhuis voor de opvang van complicaties).

Deze aanbeveling kan bijdragen aan een betere ketensamenwerking en grotere keuzevrijheid voor patiënten voor een behandelaar. Hiermee kan een solitair werkende behandelaar immers 7x24 uurs zorg garanderen aan patiënten waarbij dit mogelijk nodig is. Momenteel is er in de DBC-systematiek evenwel een bepaling opgenomen die een dergelijke samenwerking bemoeilijkt. Een patiënt mag namelijk niet voor dezelfde diagnose in behandeling zijn bij verschillende zorgverleners. Deze blokkade dient te worden weggenomen.

Door de verplichting tot samenwerking kunnen de machtsverhoudingen tussen (zelfstandige) aanbieders verschuiven; dit is vooral het geval indien kleine aanbieders zijn aangewezen op samenwerking met grote GGZ-instellingen. Het is daarom o.i. noodzakelijk om zorgaanbieders in de GGZ te verplichten op verzoek van een andere aanbieder een samenwerkingsovereenkomst te sluiten, tenzij goede gronden bestaan om dit te weigeren. De aanbieder dient een eventuele weigering met argumenten te onderbouwen.

Een punt van aandacht met betrekking tot samenwerkingsovereenkomsten tussen zorgaanbieders in de GGZ vormt het mededingingsrecht. Samenwerking tussen zorgaanbieders kan leiden tot kartelvorming, hetgeen in beginsel is verboden op grond van de Mededingingswet. Wij menen evenwel dat hier sprake is van een van de uitzonderingen op het kartelverbod, omdat de samenwerking die wij voor ogen hebben niet alleen de kwaliteit van zorg ten goede komt, maar daarvoor zelfs noodzakelijk is.

*Actiepunten:*

- De minister van VWS dient aan de voorwaarden voor toelating van zorgaanbieders in de GGZ de verplichting voor monodisciplinair werkende zorgaanbieders om een samenwerkingsovereenkomst te sluiten met één of meerdere andere zorgaanbieder(s) toe te voegen, zodanig dat aan de vereisten van het kwaliteitsstatuut wordt voldaan; alsmede de verplichting voor laatstgenoemde(n) om op verzoek zodanige overeenkomst aan te gaan. Deze aanbeveling sluit aan bij de voornemens van de minister van VWS ter zake, zoals aangekondigd in haar brief "Kwaliteit loont".
- De NZa dient de DBC-regel die behelst dat een patiënt voor dezelfde diagnose niet bij meerdere zorgverleners onder behandeling mag zijn, op zodanige wijze aan te passen dat

deze geen belemmering vormt voor de beoogde ketensamenwerking. Ook deze aanbeveling sluit aan bij de beleidsvoornemens van de minister in genoemde brief.

### b. Overdracht regiebehandelaarschap

Uit het advies van de commissie vloeit voort dat het regiebehandelaarschap kan worden overgedragen gedurende het zorgproces van een individuele patiënt, ook over instellingsgrenzen heen. Dit gegeven vereist dat goede afspraken gemaakt worden over de overdracht van het regiebehandelaarschap. Deze afspraken moeten worden vastgelegd in het dossier van de patiënt, dat bij voorkeur patiëntvolgend is.

### c. Accreditatie/visitatie

In de vigerende accreditatie- en visitatiesystemen in de GGZ moet de toetsing op de aanwezigheid en naleving van het kwaliteitsstatuut of samenwerkingsovereenkomst in overeenstemming worden gebracht met het advies van de commissie.

### d. Onderscheid gGGZ en sGGZ

De introductie van het onderscheid tussen gGGZ en sGGZ lijkt goede mogelijkheden te bieden om meer gepaste zorg te leveren (stepped care). Ook het feit dat huisartsen met de uitbreiding van de POH-GGZ module meer mogelijkheden hebben om lichtere klachten zelf te behandelen kan hieraan bijdragen. Niettemin zien wij ook risico's:

- Vanuit de ketenzorg gedachte is deze reorganisatie van de GGZ moeilijk te rijmen. Er is een echelon bij gekomen, dat kan verworden tot een extra schot. Dit risico is vooral groot, omdat (nog) onvoldoende kwaliteitsinformatie beschikbaar is over geleverde GGZ. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat patiënten te lang blijven 'hangen' in de gGGZ, terwijl sGGZ is aangewezen, of andersom: dat patiënten binnen de sGGZ blijven, terwijl behandeling in de gGGZ kan volstaan. Dit laatste blijkt in de praktijk daadwerkelijk aan de orde, doordat behandelingen in de gGGZ in duur beperkt zijn. Hierdoor vinden de langere (monodisciplinaire) behandelingen toch onder de vlag van de sGGZ plaats.
- Het ontbreken van opleidingseisen aan de POH-GGZ kan leiden tot een kwalitatief sterk wisselend verwijzingspatroon naar gGGZ en sGGZ.
- Omdat voor gGGZ het eigen risico aangesproken moet worden, dreigt dit echelon (te vaak) overgeslagen te worden, terwijl de problematiek zich wel leent om in gGGZ te worden behandeld. Het paard wordt dan achter de wagen gespannen;
- Vanuit het perspectief van cliënten bezien is een mogelijk nadeel dat het regiebehandelaarschap vaker wisselt, door de overgang van het ene naar het andere echelon vice versa. Dit kan aangewezen zijn, maar hangt mede van de omstandigheden af. Als iemand kortdurend in de sGGZ wordt behandeld en vervolgens naar de gGGZ terug gaat zou het regiebehandelaarschap daar moeten kunnen blijven.

*Actiepunten*:

- Het ministerie van VWS volgt de verdere ontwikkeling van de gGGZ met halfjaarlijkse tussenrapportages. De commissie beveelt aan dat zij in deze monitor aandacht besteedt aan bovengenoemde risico's.
- De GGZ-sector stelt minimum opleidingseisen vast voor de POH-GGZ;
- De sector zelf dient voortgang te maken met de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden, waartegen de feitelijke ontwikkeling van patiëntenstromen in en tussen de verschillende echelons kan worden afgezet.

## 6.4 Financieel-economische voorwaarden

### a. Controle op rechtmatigheid

Zorgverzekeraars hebben op grond van de Zvw een zorgplicht jegens hun verzekerden; zij dienen ervoor in te staan dat zij zorg inkopen van goede kwaliteit, die doeltreffend is. Daarnaast zijn zij op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) verplicht te toetsen op rechtmatigheid d.w.z. na te gaan of zorg(declaraties) terecht ten laste van de Zvw worden gebracht.

De restrictieve invulling van het hoofdbehandelaarschap komt zorgverzekeraars hierin enigszins tegemoet: op de factuur staan de volgende gegevens vermeld: start- en einddatum van de DBC, de prestatiecode en een lekenomschrijving, de declaratiecode en het DBC-tarief. Omdat ook de AGB-code[7] staat vermeld kan de zorgverzekeraar nagaan of de prestatie is geleverd door een bekwame en bevoegde beroepsbeoefenaar.

Uit ons advies volgt niet een limitatieve lijst van mogelijke regiebehandelaren. Er is een keur aan beroepsbeoefenaren werkzaam in de GGZ die regiebehandelaar kan zijn. De vraag is nu hoe door zorgverzekeraars zekerheid kan worden verkregen dat zorg van goede kwaliteit geleverd is en terecht ten laste van de Zvw is gebracht?

Er zijn drie oplossingsrichtingen denkbaar, die elkaar niet uitsluiten:

1. *Ontwikkeling kwaliteitsbeleid*

De ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden is de manier bij uitstek om inzichtelijk te maken of geleverde zorg van goede kwaliteit is.

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ is een samenwerkingsverband dat is opgericht door de beroepsverenigingen van de psychiaters (NVvP) en de psychologen (NIP) en het Landelijk Platform GGz (LPGGz). In het netwerk participeren daarnaast GGZ Nederland (GGZ NL), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en een groot aantal andere relevante beroepsorganisaties en stakeholders. Zie www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl. De oprichting van dit netwerk vloeit mede voort uit het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ, waarin is vastgelegd dat de komende jaren een planmatige, continue verbetering en innovatie van de beroepsuitoefening van professionals nodig is.

Het Netwerk tracht dit doel te bereiken door projecten die de ontwikkeling (en verbetering) van hoogwaardige, multidisciplinaire en goed implementeerbare kwaliteitsstandaarden tot doel hebben te initiëren, financieren en begeleiden; de ontwikkelde kwaliteitsstandaarden breed te verspreiden en landelijk te ontsluiten en de implementatie van de ontwikkelde kwaliteitsstandaarden te bevorderen.

Het Netwerk heeft aangegeven eind 2016 enkele tientallen zorgstandaarden op te leveren. In de brief “Kwaliteit loont” kondigt de minister van VWS aan dat indien deze ontwikkeling stagneert, het Kwaliteitsinstituut actiever gebruik zal maken van de mogelijkheid doorzettingsmacht in te zetten. Daarnaast zal het Kwaliteitsinstituut nog dit jaar met de sector de uitkomstinformatie voor patiënten beschikbaar te maken.

2. *Het aanleveren en ontsluiten van relevante kwaliteitsgegevens*

De minister overweegt thans, zo blijkt uit de brief “Kwaliteit loont”, om voor de GGZ-sector een verplichting op te leggen tot het aanleveren van deze gegevens aan de Stichting Benchmark SBG, waardoor er meer zicht op de uitkomst van behandelingen komt. De commissie acht dit een richting die goed aansluit bij de wens om meer op kwaliteit te toetsen en in te kopen.

[7] Het AGB (voluit Algemeen Gegevens Beheer) is een uniek identificerende registratie van zorgaanbiedergegevens ter ondersteuning van de verschillende processen in de zorg, waaronder het elektronische declaratie- en communicatieverkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, zorginkoop en het 'gidsen' van verzekerden naar de juiste zorg.

De zorgverzekeraars zouden graag een welomschreven pakket gegevens uit het landelijke DBC-informatiesysteem (DIS) ontvangen. Met deze gegevens zouden zij niet alleen in staat zijn selectief zorg in te kopen, maar ook de rechtmatigheid van gedeclareerde zorg te controleren. Zorgverzekeraars ontberen deze informatie; gegevens die op de declaraties vermeld staan geven wel enig zicht hierop, maar te weinig. Op dit moment kunnen zorgverzekeraars dossiers opvragen om materiële controles uit te voeren, maar dit is voor alle betrokkenen belastend.

Een bezwaar van deze oplossingsrichting is dat DIS-gegevens die te herleiden zijn naar individuele zorgaanbieders, verzekeraars of cliënten op grond van de Wet openbaar bestuur (Wob) niet uitgeleverd mogen worden aan derden. Hoewel zorgverzekeraars wettelijke taken hebben, zijn het privaatrechtelijke organisaties, die voor de Wob om die reden aangemerkt worden als ‘derden’. Dit probleem zou te verhelpen zijn indien gegarandeerd kan worden dat de betreffende gegevens niet te herleiden zijn naar individuele zorgaanbieders of cliënten. De keerzijde hiervan is dat deze gegevens dan niet bruikbaar zijn voor selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars. De commissie ziet dan ook meer in het aanleveren en ontsluiten van ROM-gegevens door de zorgaanbieders.

3. *Toezicht op naleving kwaliteitsstatuut*

Weliswaar helpt het kwaliteitsstatuut om bij de toelating kaf van koren te kunnen scheiden, maar daarmee alleen is geen zekerheid te verkrijgen of ook daadwerkelijk conform het kwaliteitsstatuut gehandeld wordt.

Eerder hebben wij aanbevolen om het toezicht op de naleving van het kwaliteitsstatuut onder te brengen bij de IGZ (zie 6.2 onder d).

## 6.5 Vervolgtraject: hoe nu verder?

**Transitieperiode**

In het kader van het bestuurlijk akkoord curatieve GGZ is vastgesteld dat zorgverzekeraars hun inkoopcriteria voor het volgende jaar vòòr mei van het lopende jaar moeten publiceren (Zie Plan van aanpak verantwoording behandelingen en jaarrekeningen curatieve GGZ naar aanleiding van de NBA audit alert 32; Definitieve versie, 1 december 2014). Wij stellen voor ons advies per april 2016 te hebben geïmplementeerd, zodat per 2017 op deze wijze kan worden ingekocht en gewerkt. Dit betekent dat het inkoopbeleid van zorgverzekeraars per 1 april 2016 gepubliceerd moet zijn. In de tussenliggende tijd kunnen pilots worden uitgevoerd om ervaring op te doen en het advies op detailniveau te verfijnen. Dit geeft betrokken partijen bovendien voldoende tijd om zich goed voor te bereiden.

Er zijn veel stappen nodig om zover te komen; de meest relevante actiepunten zijn de volgende:

- Indien de opdrachtgevende partijen, tot voor kort verenigd in het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ, het advies van de commissie onderschrijven, dienen zij zich hieraan ook in woord en daad te committeren door het advies aan te merken als vigerende veldnorm;
- Opstellen van een model kwaliteitsstatuut door de branche-, beroeps- en patiëntenorganisaties GGZ;
- De veldpartijen en de zorgverzekeraars dienen consensus te genereren over dit model, waarvan in beginsel niet mag worden afgeweken. Zij moeten tevens voorzien in periodieke evaluatie van het model kwaliteitsstatuut, alsmede in afspraken over de wijze waarop tot wijzigingen van het model wordt besloten;
- De Minister van VWS dient aan de eisen die aan (wijziging van) de toelating worden gesteld toe te voegen dat aanbieders van GGZ een kwaliteitsstatuut moeten hebben, waarin de verantwoordelijkheden van de beroepsbeoefenaren en hun onderlinge verhouding staan beschreven, in het bijzonder de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar zoals beschreven in hoofdstuk 5 van dit advies;

- De minister van VWS dient aan de voorwaarden voor toelating van zorgaanbieders in de GGZ de verplichting voor monodisciplinair/solitair werkende zorgaanbieders om een samenwerkingsovereenkomst aan te gaan met één of meerdere andere zorgaanbieders in de GGZ teneinde te voldoen aan de vereisten van het kwaliteitsinstituut toe te voegen; alsmede de verplichting voor laatstgenoemde(n) om op verzoek zodanige overeenkomst aan te gaan;
- De Minister van VWS en de IGZ brengen het toezicht op de aanwezigheid en de naleving van het kwaliteitsstatuut, zoals wij dat voorstellen, onder in de voorgenomen intensivering van het toezicht door de IGZ op nieuwe toetreders;
- Het CIBG en de IGZ leggen in een samenwerkingsprotocol vast hoe zij omgaan met wijzigingen in het kwaliteitsstatuut;
- De zorgverzekeraars brengen hun inkoopvoorwaarden in overeenstemming met de nieuwe veldnorm;
- De veldpartijen werken gestaag door aan de verdere ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en aan de implementatie van ROM.

Op korte termijn dienen de zorgverzekeraars de bepalingen over het regiebehandelaarschap in hun inkoopvoorwaarden te harmoniseren. Zij dienen dit prioriteit te geven in het harmonisatieproject dat zij onlangs hebben ingezet naar aanleiding van de jaarrekeningenproblematiek. Als uitgangspunt daarvoor dienen zij een ruimhartige invulling na te streven en inhoudelijke argumenten te verzamelen waarom zorgaanbieders bepaalde professionals (willen) aanmerken als regiebehandelaar. Daarnaast dienen zij ervaringen van patiënten met regiebehandelaren te inventariseren. Op deze wijze kan ervaring worden opgedaan, die behulpzaam is bij het verfijnen van het voorliggende advies (c.q. veldnorm).

Gegeven de vele belangen die bij deze operatie in het geding zijn en het broze evenwicht dat hierin gevonden is, achten wij het noodzakelijk om de gewenste ontwikkelingen nauwgezet te begeleiden, te monitoren en te evalueren.

**Alles opgelost?**

Met het voorliggende advies zijn niet alle problemen opgelost. De commissie heeft duidelijk gesteld dat het hoofdbehandelaarschap geen geschikt vehikel is voor de bekostiging van zorg. De vraag wat dan wel een geschikte bekostigingssystematiek voor de curatieve GGZ is, is onbeantwoord gebleven. De commissie is van mening dat dit een andere opdracht behelst. Wel heeft de commissie geconstateerd dat de GGZ productstructuur (DBC’s) onvoldoende op inhoud gebaseerd is, en vooral op ‘duur’. De verdere ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden en van Routine Outcome Monitoring (ROM) zijn voorwaarden om beter inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van de geleverde zorg en om de productstructuur zodanig aan te passen, dat kwaliteit van zorg (beter) beloond kan worden.

# 7. Samenvattend: de kern van het advies

## 7.1 Inleiding

In de opdracht aan de commissie ligt de verwachting besloten dat het advies van de commissie zal uitmonden in een limitatieve lijst van beroepsbeoefenaren die het hoofdbehandelaarschap kunnen en mogen vervullen, gedifferentieerd naar gGGZ en sGGZ.

De commissie neemt echter afstand van het concept van het hoofdbehandelaarschap als leidend element in een systeem voor de bekostiging van de GGZ. Hiermee wordt namelijk geen passend antwoord gegeven op het onderliggende probleem, dat in de kern gelegen is in een gebrekkig inzicht in de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Zolang dit inzicht ontbreekt, hebben zorgverzekeraars geen aanknopingspunten om selectief zorg in te kopen. Bij gebrek aan beter nemen zorgverzekeraars hun toevlucht tot een in hun ogen werkbaar criterium: een limitatieve opsomming van beroepsbeoefenaren die hoofdbehandelaar mogen zijn. Daarmee is het hoofdbehandelaarschap verworden tot een noodgreep om grip te krijgen op vooral de kostenontwikkeling in de GGZ. Bezien vanuit de problematiek die tot de opdrachtverlening aan deze commissie leidde, is een zodanige invulling van het hoofdbehandelaarschap de verkeerde oplossing voor een reëel probleem.

De commissie presenteert in dit advies een andere benadering. In deze benadering speelt het hoofdbehandelaarschap nog wel een rol, maar naast andere relevante systeemelementen. Het gaat om een benadering waarin, met betrekking tot de bekostigingsregels in de GGZ, de dominantie van het hoofdbehandelaarschap komt te vervallen. Het accent moet wat de commissie betreft verschuiven naar de inhoud en betekenis van een bindend “Kwaliteitsstatuut GGZ”.

Deze benadering brengt met zich mee dat de commissie de vragen die in de opdracht zijn gesteld ten dele beantwoordt, maar voor een deel ook niet. In de volgende paragraaf geeft zij een samenvatting van haar advies, waarmee zij antwoord geeft op de hoofdvraag van de opdrachtgever, namelijk: “*Formuleer een toetsbare norm voor de inhoud van het hoofdbehandelaarschap in de generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ. Beschrijf de specifieke verantwoordelijkheden en concrete taken van de hoofdbehandelaar, waar nodig gedifferentieerd naar generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ en naar de verschillende fasen van het behandeltraject”.*

In de slotparagraaf geeft de commissie aan welke stappen (volgtijdelijk) nodig zijn om deze nieuwe veldnorm te implementeren.

## 7.2 De kern van het advies

Het begrip hoofdbehandelaar werd aanvankelijk gebruikt om de zorgverlener aan te duiden, die de inhoudelijke verantwoordelijkheid had over het totale zorgproces van een patiënt. Als gevolg van verschillende ontwikkelingen is het verlenen van zorg evenwel steeds minder een individuele en steeds meer een collectieve aangelegenheid geworden, waarvoor steeds vaker een multidisciplinaire benadering is vereist. Dit gegeven heeft onmiskenbaar een overgang tot gevolg gehad van een primair op de inhoud naar een primair op regie en coördinatie gericht hoofdbehandelaarschap.

De commissie adviseert daarom de term ‘regiebehandelaar’ te gebruiken. Deze term drukt beter uit dat de essentie van het hoofdbehandelaarschap wordt gevormd door de regiefunctie en brengt tevens tot uiting dat de regiebehandelaar een (substantieel) aandeel heeft in de behandeling van de patiënt en niet louter een managementfunctie betreft.

De regiebehandelaar is de beroepsbeoefenaar die verantwoordelijk is voor de regie van het zorgproces van een individuele patiënt. Hij heeft de volgende taken en verantwoordelijkheden:

De regiebehandelaar:

- Zorgt ervoor dat op basis van de werkdiagnose een behandelplan wordt opgesteld, zoveel mogelijk in overleg met de patiënt en/of diens naaste betrekkingen;

- Zorgt ervoor dat het behandelplan wordt vastgesteld in een overleg met alle disciplines die een aandeel nemen in de uitvoering van het behandelplan;
- Staat er garant voor dat alle teamleden over voldoende deskundigheid beschikken voor het uitvoeren van hun aandeel in het zorgtraject;
- Ziet erop toe dat alle relevante deskundigheden worden benut en neemt (controversiële) besluiten niet eerder dan nadat alle betrokken inhoudelijke deskundigheden zijn geconsulteerd;
- Schept de benodigde voorwaarden voor een verantwoorde uitvoering van het behandelplan;
- Initieert de uitvoering van het behandelplan en bewaakt de voortgang; stuurt andere betrokken zorgverleners aan; toetst of de door hen geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen het behandelplan en intervenieert zo nodig;
- Evalueert (periodiek) de voortgang van het proces en de effectiviteit;
- Ziet erop toe dat in alle fasen van het behandelingstraject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
- Is aanspreekpunt voor de patiënt, diens naasten en eventuele wettelijke vertegenwoordiger;
- Is beschikbaar en bereikbaar.

Gegeven de eis van 'beschikbaarheid' kan de regiebehandelaar per fase van het behandelingstraject wisselen. Uitgangspunt dient steeds te zijn: regiebehandelaar is de behandelaar die het meest geëigend is, gegeven de zorgvraag en voorkeur van de cliënt, de voorgestelde behandeling en de fase van het behandelingstraject.

Deze regiefunctie dient stevig ingebed te zijn in een multidisciplinair samengesteld professioneel netwerk. Het instrument daarvoor is een kwaliteitsstatuut, dat zowel binnen als over instellingsgrenzen heen bindend is voor alle betrokkenen. In dit bindend kwaliteitsstatuut dienen tenminste de volgende elementen geregeld te worden:

- De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar en van de teamleden;
- Het mandaat van de regiebehandelaar om andere betrokken zorgverleners aan te sturen (doorzettingsmacht) en de verplichting van andere zorgverleners om aanwijzingen van de regiebehandelaar op te volgen;
- De criteria voor het op- en afschalen en voor het inroepen van specifieke inhoudelijke deskundigheid;
- Wijze waarop overdracht van het regiebehandelaarschap plaatsvindt;
- Wijze waarop het zorgproces geëvalueerd wordt.

In beginsel komt elke professionele discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een – gegeven de aard van de zorgvraag – relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en overigens in beginsel is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau[8] (derhalve ook een postmaster opleiding), welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en voorziet in gerichte bij- en nascholing;
- BIG-registratie;
- Relevante werkervaring;
- Periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing.

De kern van deze benadering is de centrale plaats van het kwaliteitsstatuut; de regiebehandelaar moet zijn ingebed in een goed verankerd relevant professioneel netwerk. Dit vereiste geldt zowel voor sGGZ, voor gGGZ als voor andere settings waarin geneeskundige GGZ wordt geboden.

[8] i.e. NLQF gelijk of hoger dan niveau 7

Het kwaliteitsstatuut kan fungeren als kwaliteitsinstrument, op basis waarvan zorgverzekeraars kunnen inkopen en zorgaanbieders kunnen laten zien dat zij zorg voor complexe patiënten goed georganiseerd hebben.

## 7.3 Stappenplan voor de implementatie

De commissie beveelt aan achtereenvolgens de volgende stappen te nemen om tot implementatie van de nieuwe veldnorm te komen:

- Stap 1: Op korte termijn roepen wij de zorgverzekeraars op de bepalingen over het hoofdbehandelaarschap in hun inkoopvoorwaarden te harmoniseren en daarbij een ruimhartige invulling na te streven. Door pilots te initiëren kan ervaring worden opgedaan met de nieuwe veldnorm en kan deze worden verfijnd.

- Stap 2: Het ontwikkelen van een model kwaliteitsstatuut door branche-, beroeps- en patiëntenorganisaties GGZ en het genereren van draagvlak hiervoor bij de zorgverzekeraars; het opnemen van het kwaliteitsstatuut als vereiste in de regelgeving omtrent de toelating van zorgaanbieders tot de markt; het toezicht op de aanwezigheid en de naleving van het kwaliteitsstatuut onderbrengen in de voorgenomen intensivering van het toezicht door de IGZ op nieuwe toetreders; het verwerken van de nieuwe veldnorm in inkoopvoorwaarden van zorgverzekeraars.

- Stap 3: Implementatie van de nieuwe veldnorm per april 2016, zodat per 2017 op deze wijze kan worden ingekocht.

De commissie beveelt aan om de ontwikkelingen nauwgezet te begeleiden, te monitoren en te evalueren. Zij biedt aan in de komende periode als ‘commissie van toezicht’ op te treden met de opdracht toe te zien op de zorgvuldige en tijdige implementatie van de stappen 1 t/m 3.

**Tenslotte**

Met het voorliggende advies zijn niet alle problemen opgelost. De impliciete vraag wat een geschikte bekostigingssystematiek is voor de curatieve GGZ, is onbeantwoord gebleven. De commissie is van mening dat dit een andere opdracht behelst.

Daarnaast roept het recentelijk ingevoerde onderscheid tussen generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ vragen op over de cesuur tussen beide en over de relatie tussen beide echelons en de huisarts, waarbij de indruk bestaat dat dit onderscheid, net als het hoofdbehandelaarschap, veeleer is ingegeven door financiële dan zorginhoudelijke overwegingen. De commissie meent dat ook dit onderwerp vanuit zorginhoudelijk perspectief moet worden doordacht.

De commissie heeft met plezier en inzet gewerkt aan dit advies. Zij kon rekenen op grote bereidheid en betrokkenheid van alle belanghebbenden – ook buiten de partijen, die tot voor kort vertegenwoordigd waren in het Bestuurlijk Akkoord - en is hen hiervoor zeer erkentelijk.

# Literatuurlijst

Bruinsma C.L. Statuut zorgprofessionals Lentis. Zuid-Laren, december 2010

Bureau HHM. Generalistische Basis GGZ. Verwijsmodel en productbeschrijvingen. Enschede, 30 januari 2013

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Uitspraak van 1 april 2008. In: Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, TvGR 2008/32

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Uitspraak van 6 januari 2011. In: Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, TvGR 2011/3

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Brief van de voorzitter. In: Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, TvGR 2012, p. 48-49

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Uitspraak van 17 april 2012. In: Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, TvGR 2012/25 en 2012/26

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Uitspraak van 11 december 2014. In: Gezondheidsrecht Jurisprudentie, GJ 2015/6

College voor zorgverzekeringen. Rapport Geneeskundige GGZ, deel 1. Diemen, 6 april 2012

College voor zorgverzekeringen. Advies geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, deel 2. Diemen, 11 juli 2013

Crul B.V.M. en Legemaate, J. De hoofdbehandelaar. Medisch Contact, nr. 17, 22 april 2008
GGZ Nederland. Brief aan de minister van VWS over een veldnorm hoofdbehandelaarschap. Amersfoort, 28 juni 2013

GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van VWS et al. Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014. Amersfoort, 18 juni 2012

GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Ministerie van VWS et al. Bestuurlijk Akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017. Amersfoort, 2013

GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland et al. Plan van aanpak verantwoording Zvw-behandelingen en jaarrekeningen curatieve ggz naar aanleiding van de NBA audit alert 32. Amersfoort, november 2014

Inspectie voor de gezondheidszorg. Notitie Europsyche. Utrecht, 19 juni 2012
Inspectie voor de gezondheidszorg. Consultatiedocument “Hoofdbehandelaarschap in de tweedelijns GGZ”. Utrecht, november 2012

Inspectie voor de gezondheidszorg. Conceptadvies “Hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ”. Utrecht, april 2013

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst et al. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. Utrecht, januari 2010.

Meulemans E.W.M. Handreiking of handboei? Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2010, p. 285-292

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Overheveling GGZ per 1 januari 2008, brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 11 juli 2007

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Stand van zaken over de situatie bij Europsyche, brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 25 juni 2012

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Stand van zaken over de situatie bij Europsyche, brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 20 maart 2013

Ministerie van VWS. Voorhangbrief POH-GGZ en Generalistische Basis GGZ, brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 17 mei 2013

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Hoofdbehandelaarschap GGZ, brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 2 juli 2013

Ministerie van VWS. Governance in de zorgsector. Brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 19 september 2013

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zes rapporten GGZ, brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 14 oktober 2014

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kwaliteit loont, brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Den Haag, 6 februari 2015

Nederlandse Zorgautoriteit. Onderzoek Europsyche/GGZ. Utrecht, 20 juni 2012

Nederlandse Zorgautoriteit. Vervolg Europsyche. Tussenrapportage. Utrecht, 14 februari 2013

Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan en beleidsbrief GGZ. Weergave van de markt 2009-2013. Utrecht, april 2014

Nederlandse Zorgautoriteit. Regeling Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ. Utrecht, 2014
Phrenos. Over de brug; Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen. Utrecht, september 2014

Professioneel Statuut GGZ. Oktober 2005
Trimbos-instituut. 'Hoofdbehandelaarschap en kwaliteit van zorg. Perspectieven van GGZ-cliënten'. Utrecht, december 2014
Vermaas A.M., Verbout A.J. en Franse A.M. Het hoofdbehandelaarschap revisited: van normen naar concrete invulling. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2014 (38) 1, pag.4-12

Vleugels C. Leg hoofdbehandelaarschap bij de psychiater. Medisch contact, nr. 26, 27 juni 2013
Voorzieningenrechter Rechtbank Breda. LJN: BW5797, 248314 / KG ZA 12-199

www.invoeringbasisggz.nl

www.zorginstituutnederland.nl/.../geneeskundige GGZ

ZonMw. Tweede evaluatie wet op de beroepen individuele gezondheidszorg. Den Haag, oktober 2013

# A Geraadpleegde deskundigen

| NAAM | FUNCTIE | ORGANISATIE |
|---|---|---|
| Mw. H. Aardema, MANP | Verpleegkundig Specialist GGZ | GGZ Drenthe |
| Mw. drs. E. Abbema | Secretaris Sector Gezondheidszorg | Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) |
| Dhr. B. Aben | Patiënt | Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) |
| Mw. drs. M. ter Avest | Directeur | Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) |
| Dhr. A.D. Bakker | Directeur | MEERGGZ |
| Dhr. drs. J.H. Bakker | Voorzitter Bestuur | Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) |
| Mw. drs. M. van Balkom | Bestuurslid | Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VvGN) |
| Dhr. prof. dr. A.T.F. Beekman | Voorzitter Bestuur | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) |
| Mw. drs. C.E.M. Benraad | Klinisch Geriater | Pro Persona |
| Mw. S.M.C. Beugels, MSc | Beleidsmedewerker | Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) |
| Dhr. drs. P. de Beurs | Adviseur | Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) |
| Mw. drs. M. Bijma | Verpleegkundig Specialist GGZ | GGZ Praktijk |
| Mw. drs. F. Bolle | Senior Adviseur | Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) |
| Dhr. M. Bontje | Voorzitter Bestuur | InEen |
| Mw. dr. N. Boonstra, MANP | Verpleegkundig Specialist GGZ | GGZ Friesland |
| Mw. J. Boumans, MSc | Wetenschappelijk Medewerker | Trimbos Instituut |
| Mw. drs. M. el Boushy | Voorzitter | Landelijk p-opleidersoverleg |
| Mw. H. Boven, MANP | Bestuurslid | Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Verpleegkundig Specialisten(V&VN VS) |
| Mw. drs. S.M.E. Breukers | Psychiater | Centrum VBP |
| Mw. drs. A. ter Brugge | Senior Beleidsmedewerker | Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) |
| Dhr. F. de Bruin | Directeur | Autimaat |

| **NAAM** | **FUNCTIE** | **ORGANISATIE** |
|---|---|---|
| Dhr. drs. C.L. Bruinsma | Raad van bestuur Lentis/ Psychiater | Lentis |
| Dhr. J. van den Burg, MANP | Bestuurslid | Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Verpleegkundig Specialisten(V&VN VS) |
| Dhr. drs. A.A.D. van Buuren | Voorzitter Bestuur | Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) |
| Mw. drs. M. Crijns | Hoofd Vereniging | Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) |
| Dhr. drs. B.V.M. Crul | Senior Medisch Adviseur | Achmea Divisie Zorg & Gezondheid |
| Mw. B. Dankers, MSc | Controlemedewerker Schadelastbeheer GGZ | CZ |
| Dhr. prof. dr. J.J.L. Derksen | Hoogleraar Klinische Psychologie en Psychotherapie/ Psychotherapeut | Radboud Universiteit Nijmegen |
| Dhr. A.D.F. Dhondt, PhD | Geriatrisch Psychiater | GGZ Noord-Holland-Noord |
| Mw. dr. J.A.A.M. van Diemen | Inspecteur-Generaal | Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) |
| Mw. drs. M.C. Diepenhorst | Medisch Adviseur | Coöperatie VGZ |
| Mw. drs. M. van Dooting | Directeur | Nederlandse Vereniging voor Gezondheidszorgpsychologie (NVGzP) |
| Mw. dr. N. Draijer | Voorzitter Bestuur | Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) |
| Dhr. drs. J.C.M. van Eck | Directeur | Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) |
| Dhr. drs. P. Felix | Adviserend Geneeskundige | De Friesland Zorgverzekeraar |
| Dhr. drs. C. Fischer | Landelijk Hoofd Psychologische Zorg | Directie Forensische Zorg Ministerie van Justitie |
| Mw. drs. M. Frizo | Procesmanager Control | Achmea Zorg |
| Mw. drs. J.D.C. Geel | Voorzitter Bestuur | GGZ Nederland |
| Dhr. drs. G.V.M. van Gemert | Directeur Forensische Zorg | Ministerie van Justitie |
| Dhr. drs. R. Glotzbach | Kaderhuisarts GGZ | GGZ Delfland |
| Mw. drs. J.G. van Gog | Beleidsadviseur | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) |
| Mw. drs. E.M.J. Graafsma | Lid Dagelijks Bestuur | Landelijk p-opleidersoverleg |
| Dhr. C.P. Groenewegen | Beleidsadviseur | Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) |

| **NAAM** | **FUNCTIE** | **ORGANISATIE** |
|---|---|---|
| Mw. drs. A.C. van Harderwijk | Adviseur | Federatie Medisch Specialisten |
| Dhr. dr. G.A.W.M. Heyne | Bestuurslid | GGZ Nederland |
| Dhr. drs. A. van Hoek | Secretaris | Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VvGN) |
| Mw. drs. J. van den Hoek | Manager | GGZ Nederland |
| Mw. drs. J. Hogendorp | Beleidsadviseur | Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) |
| Dhr. drs. F.C.M. van Hoof | Senior Wetenschappelijk Medewerker | Trimbos Instituut |
| Mw. drs. I. de Hoop, MANP | Verpleegkundig Specialist GGZ | Antes |
| Dhr. A.M. van Houten, MHA | Vice Voorzitter Bestuur | Zorgverzekeraars Nederland (ZN) |
| Mw. dr. C.W. Jansen | Senior Beleidsmedewerker | Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) |
| Dhr. drs. R.A.M. de Jonckheere | Bestuurslid | Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) |
| Dhr. B. Jurling, RA | Senior Toezichthouder | Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) |
| Mw. dr. M. Kamphuis | Voorzitter Bestuur | Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) |
| Dhr. drs. J.P.A. Kamsma | Vice Voorzitter | Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) |
| Dhr. mr. R.B.J. Knuiman | Beleidsmedewerker | Verenso |
| Mw. drs. M. Krassenburg | Contractmanager | Parnassia |
| Mw. drs. L.M. Kronenberg, MANP | Verpleegkundig Specialist GGZ | Dimence |
| Dhr. drs. H.C. Kruithof | Bestuurslid | Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) |
| Mw. dr. B.E. Lahuis | Bestuurslid | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) |
| Mw. J.G.W. Lensink, MSc | Directeur Zorg | Zorgverzekeraars Nederland (ZN) |
| Dhr. drs. H. Lieverdink | Senior Beleidsmedewerker | Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) |
| Dhr. drs. G.J. van Loenen | Bestuurslid | Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) |
| Dhr. M. Maijer | Zorginkoper GGZ | CZ |

| NAAM | FUNCTIE | ORGANISATIE |
|---|---|---|
| Dhr. S.H. Makkink | Beleidsmedewerker | Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) |
| Mw. drs. S.M.J. van Manen | Kaderhuisarts GGZ | PsyHag |
| Dhr. drs. W.A. van der Meeren | Bestuurslid | Zorgverzekeraars Nederland (ZN) |
| Mw. drs. J. Minderhoud | Inkoper GGZ | Multizorg VRZ |
| Dhr. drs. J.V. Muller | Vice Voorzitter | Nederlandse Instituut voor Psychologen (NIP) |
| Dhr. drs. M.E.T.M. Müller | Bestuurslid | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) |
| Dhr. drs. D. Nieuwpoort | Plaatsvervangend Directeur | Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) |
| Mw. drs. H. Nijboer | Teammanagerbeleid | Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) |
| Mw. drs. A. Noteboom | Bestuurslid | Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) |
| Dhr. dr. J. Nuijen | Wetenschappelijk Medewerker | Trimbos Instituut |
| Mw. drs. R. van Oort | Klinische Neuropsycholoog | GGZ Centraal |
| Dhr. prof. Dr. J.van Os | Hoogleraar Psychiatrie | Maastricht UMC |
| Dhr. drs. M. Oosterkamp | Senior Beleidsadviseur | GGZ Nederland |
| Dhr. drs. R.R. Pereira | Patiënt | Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) |
| Mw. drs. D. Polhuis, MANP | Verpleegkundig Specialist GGZ | GGZ Noord-Holland-Noord |
| Mw. drs. M.E. Post | Directeur | Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) |
| Mw. drs. M. de Regt | Manager Beleid | Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) |
| Dhr. drs. J. van der Rijst | Senior Beleidsadviseur Zorg | Zorgverzekeraars Nederland (ZN) |
| Mw. drs. R. Roes | Jeugdarts Psychiatrie/ Voorzitter | Reinier van Arkel Groep/ Sectie Jeugd-GGZ bij Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) |
| Dhr. ir. P.M. van Rooij | Directeur | GGZ Nederland |
| Dhr. drs. F.J. Roos | Directeur | Verenso |
| Dhr. mr. A. Rouvoet | Voorzitter bestuur | Zorgverzekeraars Nederland (ZN) |

| **NAAM** | **FUNCTIE** | **ORGANISATIE** |
|---|---|---|
| Mw. drs. C. Salden | Beleidsmedewerker | Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) |
| Mw. drs. E.J.V. Sax | Directeur | Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) |
| Dhr. drs. M. Schillings | Beleidscoördinator GGZ | Menzis |
| Mw. drs. L. Schoenmaker | Medewerker Kwaliteit | Directie Forensische Zorg Ministerie van Justitie |
| Mw. drs. D. Sinnema | Arts Verstandelijk Gehandicapten | Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) |
| Dhr. drs. W. Sliedrecht | Bestuurslid | Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VvGN) |
| Mw. drs. L.J. Smit | Voormalig voorzitter bestuur | Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) |
| Mw. dr. A. van Stigt | Beleidsadviseur | Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) |
| Mw. S. Stomp, MSc | Beleidsmedewerker | Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) |
| Dhr. W. Struijs, MANP | Verpleegkundig Specialist GGZ | GGZ inGeest |
| Mw. dr. N.H. Tenneij | Beleidsadviseur | Directie Forensische Zorg Ministerie van Justitie |
| Dhr. P. Ulrich | Patiënt | Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) |
| Dhr. drs. S. Valk | Bestuurslid | GGZ Nederland |
| Mw. drs. J. Veenendaal | Directeur | Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) |
| Dhr. drs. J.R. van Veldhuizen | Psychiater/ Voorzitter Certificatie centrum voor ACT en FACT | |
| Dhr. prof. dr. M.J.P.M. Verbraak | Hoogleraar Gezondheidszorgpsychologie/ Hoofdopleider GZ-psychologen | Radboud Universiteit Nijmegen |
| Dhr. dr. P.A.H. Verbraak | Bestuurslid | Landelijk Platform GGZ (LPGGZ) |
| Dhr. drs. P. Vossenberg | Voorzitter Bestuur | Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VvGN) |
| Mw. drs. A.C. Weenink | Kaderhuisarts GGZ | PsyHag |
| Mw. drs. I. Wever | Manager Zorg | Zorgverzekeraars Nederland (ZN) |
| Dhr. drs. B. Wijffels | Beleidsadviseur | Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) |
| Dhr. drs. J.K. van Wijngaarden | Hoofdinspecteur | Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) |

| **NAAM** | **FUNCTIE** | **ORGANISATIE** |
|---|---|---|
| Dhr. drs. M. Wolters | Bestuurslid | Vereniging voor Verslavingsgeneeskunde Nederland (VvGN) |
| Mw. drs. H. Zijlstra | Directeur | Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) |
| Dhr. drs. J. Zonneveld | Adviseur Beleid | Reinier van Arkel Groep |
| Dhr. P. van Zuidam, MANP | Zorginhoudelijk Adviseur GGZ | Achmea Divisie Zorg & Gezondheid |
| Dhr. mr. drs. R.H. Zuijderhoudt | Psychiater/ psychotherapeut/ jurist | Zuijderhoudt Consultancy |

# B Lijst van afkortingen

| | |
|---|---|
| AMvB | Algemene Maatregel van Bestuur |
| BIG | Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg |
| Bzv | Besluit zorgverzekering |
| CTG | Centraal Tuchtcollege Gezondheidszorg |
| DBC | Diagnose BehandelCombinatie |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| GGZ | Geestelijke GezondheidsZorg |
| gGGZ | generalistische basis GGZ |
| IGZ | Inspectie voor de GezondheidsZorg |
| JGZ | JeugdGezondheidsZorg |
| NZa | Nederlandse Zorgautoriteit |
| POH | PraktijkOndersteuner Huisartsenpraktijk |
| sGGZ | Gespecialiseerde GGZ |
| SPV | Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige |
| TvGR | Tijdschrift voor GezondheidsRecht |
| VG | Verstandelijk Gehandicapten |
| VWS | Volksgezondheid Welzijn en Sport |
| Wkkgz | Wet kwaliteit, klachten en geschillen gezondheidszorg |
| Wlz | Wet langdurige zorg |
| Wmg | Wet marktordening gezondheidszorg |
| Wmo | Wet maatschappelijke ondersteuning |
| Wob | Wet openbaarheid van bestuur |
| WTZi | Wet Toelating Zorginstellingen |
| WUG | Wet Uitoefening Geneeskunst |
| MvT | Memorie van Toelichting |
| Zvw | Zorgverzekeringswet |